

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1910

THÈSE

N^o 94

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Alexandre FAUROUS

Ancien externe des Hôpitaux
Né à Cazères-sur-Garonne le 10 Juin 1884

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Pleurésie Enkystée du Sommet

Président : M. DEBOVE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi^e)

1910

94

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1910

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Alexandre FAUROS

Ancien externe des Hôpitaux
Né à Cazères-sur-Garonne le 10 Juin 1884

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Pleurésie Enkystée du Sommet



Président : M. DEBOVE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi^e)

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

MM.

Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHEL
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL
Pathologie chirurgicale	DEJERINE
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	PIERRE MARIE
Opérations et appareils	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	MARFAN
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée	CHAUFFARD
	ROGER
	HAYEM
Clinique médicale	GILBERT
	DEBOVE
	LANDOUZY
	HUTINEL
Maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	DELBET
	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
	BAR
Clinique d'accouchements	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GULLAIN	MAILLARD	ROUVIERRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

Doyen honoraire de la Faculté de médecine
Professeur de Clinique médicale
Membre de l'Académie de médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MON ONCLE ET A MA TANTE

A MES AMIS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Pleurésie Enkystée du Sommet

INTRODUCTION

Au mois de mars dernier, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. le professeur Hayem, que dirigeait alors notre maître M. Gouget, nous avons eu l'occasion de voir un cas de pleurésie du sommet, nous n'en avons jamais rencontré. Sur le conseil de M. Gouget, qui nous a dirigé, nous avons fait de l'étude de cette question le sujet de notre thèse.

Avant de commencer ce travail, qu'il nous soit permis de remercier nos maîtres de la Faculté de médecine de Toulouse qui nous ont enseigné les premiers éléments de la médecine, ceux de la Faculté de médecine de Paris, en particulier, MM. les professeurs Terrier (*in memoriam*), Debové, Bar, MM. les professeurs agrégés Richelot et Potocki, dont nous avons fréquenté les services : nous devons une reconnaissance toute particulière à M. le Dr Bazy, chirurgien.

gien des hôpitaux, et à M. le professeur agrégé Gouget, pour la bienveillante sympathie dont ils ont toujours fait preuve à notre égard quand nous étions leur externe, et à M. le professeur Debove, pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

HISTORIQUE

Dans le *Traité de l'Auscultation médiate* (1), Laënnec rapporte qu'il a parfois observé « des pleurésies circonscrites très peu étendues et dans lesquelles l'épanchement n'était que d'une ou deux cuillerées vers le sommet d'un poumon adhérent partout ailleurs ». Bien qu'il signalât ainsi d'une façon expresse une variété anormale de pleurésie, celle-ci retint peu l'attention des médecins, puisque Grisolles, un demi-siècle plus tard, pouvait écrire : « Son histoire n'a pas été faite avec le soin qu'elle mérite. » En 1877, Burney Yeo (2) s'étonne du « silence inexplicable » des auteurs sur cette question. Son mot reste vrai aujourd'hui, car, sans doute, la pleurésie du sommet est rare, mais elle n'est pas aussi exceptionnelle que tendraient à le faire croire la brève mention que lui accordent les traités de pathologie ou le peu d'observations qui ont été publiées. En ce qui concerne la pleurésie purulente, on ne trouve à ajouter aux cas publiés dans la thèse de Pasteau que ceux de Voisin, de Garampazzi, de Mac

1. Laënnec. *Traité de l'auscultation médicale*, page 598.

2. Burney Yeo. *British méd. journ.* 25 août 1877, p. 250.

Lachlan, de Bergeron, de Netter, de B. Bramwell, soit en tout dix-huit observations. Encore sur les douze observations rapportées par Pasteau, dix seulement sont-elles absolument probantes, et quelques autres cas sont-ils simplement mentionnés en passant, sans observation proprement dite. Netter (1) par exemple écrit : « Nous avons observé un cas de pleurésie purulente à pneumocoques occupant le sommet de la poitrine, il existe un certain nombre de faits de ce genre », et ailleurs il ajoute : « La pleurésie, le plus souvent consécutive à une pneumonie, débute et présente des lésions prédominantes au niveau de la partie du poumon affectée par la pneumonie. On comprend aisément la fréquence relative des pleurésies du sommet dont nous avons rencontré un cas des plus nets. »

Les cas de pleurésie séreuse publiés sont encore plus rares ; nous n'avons pu en réunir que quatre : deux d'Audral (2), encore le second est-il discutable, un de Guinon (3), enfin celui que M. le professeur agrégé Gouget (4) a communiqué en mai 1910 à la Société médicale des Hôpitaux.

Cette localisation spéciale de la pleurésie est cependant intéressante à connaître en raison des erreurs de diagnostic qu'elle peut entraîner. Le siège

1. Netter. In *Grancher, Comby, Marfan. Maladies de l'Enfance*, t. IV, p. 297.

2. Audral. *Clinique médicale*.

3. Guinon. *Bulletin de la Soc. anatomique*, nov. 1887.

4. Gouget. *Bulletins de la Soc. Méd. des hôpitaux*, 19 mai 1910.

anormal des signes physiques fait penser à une infiltration tuberculeuse plus ou moins étendue, à une caverne pulmonaire dans les cas de vomique fractionnée suivie de signes cavitaires, l'erreur de diagnostic entraîne l'erreur de pronostic et de traitement.

Nous réunissons ici les cas de pleurésie du sommet qui nous paraissent les plus nets. Après avoir rappelé les notions d'anatomie topographique indispensables à la compréhension de certains symptômes signalés dans les observations et qui, au premier abord, pourraient paraître difficiles à expliquer. L'examen de ces observations nous fera connaître comment se forment les pleurésies du sommet et de quels microbes elles relèvent, par quels symptômes elles se révèlent, comment on arrive à la diagnostiquer : le traitement à mettre en œuvre nous sera indiqué et nos conclusions en seront directement tirées.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Voisin.) (1)

Pleurésie purulente du sommet gauche. — Autopsie

Le 24 janvier 1831 est entré à Saint-Louis un jeune homme nommé D... F., âgé de dix-huit ans. Il était couché au n° 5, salle Saint-Jean, service de M. Lugol. Le père est inconnu, la mère jouit d'une bonne santé : celle des frères et sœurs n'est pas bonne, celle du malade ne l'a jamais été ; pendant les saisons d'hiver il a été souvent enrhumé. Le mal a débuté par une douleur qui se fit sentir au dos et à l'épaule du côté malade, il y a dix à vingt mois environ. Cinq à six mois après, une tumeur parut au côté gauche du cou. Le malade entre à l'Hôtel-Dieu le 19 septembre 1830, où il resta trois mois et demi dans le service de M. Breschet, qui par une ponction évacua le pus de la tumeur le jour même de l'entrée du malade. Le malade reste trois mois à l'Hôtel-Dieu, puis vient à Saint-Louis où il entre le 24 janvier 1831. Voici ce que nous constatons à notre première visite : existence d'une fistule placée au-dessus de la clavicule gauche, vis-à-vis le triangle formé en avant par le bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien, en arrière par le scapulaire antérieur, et en bas par la clavicule. Pendant que l'on

1. Voisin. *Bulletins de la Soc. anat.*, 1831.

examinait cet orifice fistuleux et qu'on cherchait à deviner où il aboutissait, le malade toussa deux à trois fois et à chaque secousse l'on vit sortir du pus mélangé de petites bulles d'air : nous soupçonnâmes que cette fistule communiquait avec le poumon. Le cas nous parut assez singulier pour mériter toute notre attention. Le malade interrogé nous présenta les caractères rationnels de la phtisie : toux très ancienne, dévoiement, sueurs nocturnes, excepté les hémoptysies. Il nous a assuré n'avoir jamais craché de sang. Cette circonstance est intéressante par sa rareté. Nous abordâmes des signes plus positifs, nous comprimâmes le sommet du thorax, du pus sortit, il pouvait venir d'un ganglion lymphatique abcédé. On chercha, on ne trouva rien. L'auscultation signale une pectoriloquie manifeste, que plusieurs de nos collègues ont entendue. La percussion donna d'abord un son mat. On fit tousser le malade afin d'évacuer le pus de la caverne ; on percuta une seconde fois : son plus clair et semblable à celui de pot fêlé, on n'a pu l'entendre qu'une seule fois. Le côté droit fut examiné. Partout nous entendîmes le bruit respiratoire sans aucune altération dans toute sa force et sa pureté. Un stylet, porté dans l'orifice fistuleux, sans douleur et par sa propre pesanteur, pénétra dans une direction verticale à une profondeur de $4 \frac{1}{2}$ à 5 pouces. Le malade était très maigre. Il fut observé attentivement jusqu'à sa mort. Le pus d'abord inodore, a contracté une fétidité insupportable que l'haleine n'a pas tardé à partager. Le malade se couchait moitié sur le côté sain, moitié sur le dos. Il est mort d'épuisement le 15 juin, à 5 heures du matin.

Nécropsie. — Nous avons commencé par placer un stylet d'argent dans le trajet fistuleux, il a pénétré d'une profon-

deur de 5 pouces environ, la clavicule a été enlevée, la face antérieure du côté gauche du poumon débarrassée de toutes ses parties molles. Un coup de scalpel a dégagé le cartilage de la première côte et fait jaillir un flot de pus qui nous a appris que nous avions pénétré dans la caverne. Nous avons de même coupé les cartilages suivants au niveau du point où ils se continuent avec leurs côtes correspondantes. Nous avons ensuite, en divisant les muscles intercostaux, séparé la cinquième de la sixième côte dans la longueur de 6 pouces environ. La scie a porté sur la convexité des deuxième, troisième, quatrième et cinquième côtes qui ont été ensuite successivement isolées les unes des autres et ensuite du poumon qui leur adhérait intimement et renversées en dehors ; aussitôt la caverne a été mise à nu. Elle est énorme et pleine d'un pus jaune bien lié et très fétide : sa cavité est tapissée par une membrane grisâtre et très mollasse qui sécrétait en très grande partie le pus dont nous avons parlé. Quelques bronches viennent s'ouvrir à sa surface. Le reste du lobe supérieur, le lobe inférieur et le poumon droit ne contenaient que des granulations miliaires très petites et étaient très crépitantes.

Plusieurs membres de la société ont cru voir dans cette caverne une *simple pleurésie circonscrite* et ouverte au dehors. Avec cette manière de voir, le fait devient moins extraordinaire.

OBSERVATION II

(Bouvier.) (1)

Pleurésie purulente du sommet gauche. — Mort
Autopsie

Louis L..., huit ans, amené à l'hôpital le 2 mai 1864. Pas de maladies antérieures. Six jours auparavant, il avait avalé en jouant un embout de parapluie gros comme l'extrémité de son petit doigt. A ce moment même, suffocation extrême, mais l'accès passé, il ne reste que de petites quintes de toux. Le lendemain, douleur vive dans le côté gauche de la poitrine et fièvre.

2 mai. — Fièvre vive : respiration 68 par minute, pouls 148. Douleur intense au côté gauche. Gêne extrême de la respiration. Facies abattu et anxieux. Son obscur dans tout le côté gauche de la poitrine, en avant et en arrière, mais surtout au sommet : en bas, la sonorité est à peu près normale. A gauche, absence complète de murmure vésiculaire, léger souffle au sommet : dans l'aisselle, quelques râles sous-crépitants, lointains, pas d'égophonie, pas de bronchophonie. Rien d'anormal à droite.

Diagnostic. — Pleuro-pneumonie avec épanchement. L'absence de tout signe permettant de constater positivement l'existence d'un corps étranger, fait considérer celle-ci comme problématique.

5 mai. — Matité plus accusée. Décubitus latéral droit impossible.

7 mai. — Skodisme sous la clavicule. Faiblesse, prostration, teint terreux, 32 inspirations par minute, pouls 120.

1. Bouvier. *Bull. de la Soc. Méd. des Hôp.* Paris, 1864, 2^e sér., tome I, p. 141.

11 mai. — Matité absolue.

14 mai. — Souffle fort sous la clavicule. La région sous-claviculaire semble plus saillante et plus bombée que du côté opposé.

18 mai. — Fièvre hectique, pouls 150, 40 respirations par minute. Insomnie, dépérissement croissant.

24 mai. — Thoracentèse dans le quatrième espace au niveau de la région axillaire. Pas de résultat.

4 juin. — Mort.

Autopsie. — Poumon gauche solidement adhérent à la paroi thoracique dans une très grande étendue vers sa base, jusqu'au-dessous du quatrième espace intercostal : 1 litre de pus dans la partie supérieure de la plèvre. Poumon gauche envahi dans toute son étendue par une sorte d'infiltration purulente, avec de petits foyers purulents disséminés : apparence gangréneuse. Bronche gauche complètement oblitérée au niveau de sa bifurcation par le corps étranger : à ce niveau, ulcération qui a permis à celui-ci de se mettre en contact direct avec le tissu pulmonaire. Poumon droit légèrement emphysémateux. Péricardite récente avec épanchement séreux.

OBSERVATION III

(Dr Saint-Philippe.) (1)

*Pleurésie purulente enkystée du sommet gauche
simulant la phtisie pulmonaire*

Le jeune Laurent F..., demeurant rue Meriadek, à Bordeaux, qu'on me dit fort malade et depuis fort longtemps, me fait demander en décembre 1876. Les parents me racontent

1. Saint-Philippe. *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1878-79, p. 61.

que leur fils est tombé malade en avril, qu'à la sortie du bain il fut pris de courbature avec fièvre, léger point de côté et expectoration teintée de sang, qu'ils ont appelé leur médecin, et qu'à la suite d'un traitement convenable le malade a été assez rapidement remis sur pied. Mais que quinze jours après, à la suite d'un nouveau refroidissement, la toux et les crachats sont revenus pour ne plus disparaître. Pourtant, tout en se soignant, il vaquait à ses occupations. Mais bientôt de l'amaigrissement et une grande faiblesse apparurent ainsi que des sueurs nocturnes. A la moindre marche, à la moindre fatigue, un peu d'oppression survenait : il existait des douleurs dans la poitrine. La fièvre se montra quelques jours, mais ne dura point. En septembre, apparurent de nouveaux crachats sanglants, qui étaient rendus en plus grande abondance quand le temps était fortement pluvieux. Bientôt ces crachats devinrent épais et purulents, puis infects : ce caractère devait persister jusqu'à la fin. Le médecin déclara que le malade était devenu poitrinaire et qu'il n'y avait plus qu'à lui donner des soins de consolation, la terminaison devant être forcément funeste. Je rappelle cette opinion, non pas pour la critiquer, ou même m'en faire une parade inconvenante, mais, au contraire, parce qu'elle émane d'un des médecins que le corps médical et la société estiment et honorent le plus volontiers, j'invoquerais son témoignage, car il a été tenu au courant des événements et il n'a pas été le moins surpris du dénouement qu'ils ont eu.

On m'avait prévenu que j'aurais affaire à un malade de la poitrine. L'opinion était faite dans la maison et tout le quartier. Le fait est que le diagnostic semblait inscrit sur le visage de ce malheureux garçon et à ma première visite, je

fus frappé de l'altération de ses traits, de sa pâleur et de la teinte anémique des muqueuses. Pourtant l'appétit n'était pas entièrement perdu, ni le sommeil et l'amaigrissement ne correspondait pas au reste, tout en étant sensible. La toux était fréquente et quinteuse, et l'expectoration abondante et fétide : un crachoir était rempli chaque jour. Mais il n'y avait pas de fièvre, ou plutôt, il y en avait peu. Ce détail me frappa singulièrement. Des sueurs nocturnes fatiguaient beaucoup le malade, mais il n'y avait ni vomissements, ni diarrhée. J'avoue que, prévenu en quelque sorte du diagnostic et par les commémoratifs et par le tableau que j'avais sous les yeux, je me livrai (je le confesse, à dessein et avec insistance, pour que mon exemple serve d'enseignement aux autres) avec mollesse et une sorte de découragement à l'exploration de la poitrine. Je me contentai d'inspecter le dessous des clavicules, comme on le fait d'ordinaire, et j'y trouvai du côté gauche : de la résonance exagérée et deux ou trois foyers de souffle caveux, qu'on circoncrivait aisément, avec une pectoriloquie bien accentuée. Le côté droit était sain. Je me relevais persuadé que j'avais affaire à une phtisie encore unilatérale, que le précédent médecin était dans le vrai et que le traitement devait être continué.

Les jours suivants, je n'eus pas de raisons de penser autrement, et je restai quelque temps sous la même impression ; un matin pourtant, après une séance attentive de percussion et d'auscultation (depuis mon premier fait, je cherche les pleurésies cachées), je fis la remarque que les cavités révélées par les souffles n'occupaient pas leur siège habituel, mais se trouvaient à 2 ou 3 centimètres plus bas. Je songeai

qu'il n'y avait eu, en somme, que des hémoptysies insignifiantes, que l'embonpoint, tout en étant diminué, n'était pas en rapport avec les lésions locales : qu'il n'y avait point de fièvre, et je voulus examiner à fond mon malade. Dans ce but, je le fis déshabiller complètement, je mis sa poitrine à nu, et je me livrai à de nouvelles et plus complètes investigations. Je ne saurais trop appuyer sur l'utilité qu'il y a, dans les cas douteux, à procéder de la sorte. Bien m'en prit, effectivement; car je trouvai dans toute l'étendue du côté gauche, à partir du quatrième espace intercostal, en arrière et dans l'aisselle, une matité absolue. A l'auscultation, en arrière, silence complet, mais dans l'aisselle aux fortes inspirations, tous les phénomènes appelés cavitaires, toux, voix et respiration caverneuses amphoriques. A ce niveau les vibrations avaient disparu. En partant de l'aisselle pour aller rejoindre les clavicules, on retrouvait les deux ou trois souffles doux caverneux qui m'avaient d'abord frappé, mais que je trouvai maintenant saccadés, perceptibles aux deux temps de la respiration et d'un timbre assez singulier. Je les comparai au bruit que ferait quelqu'un qui sifflerait tout bas et par saccades.

En présence de ces indices, je n'hésitai pas à rejeter l'opinion d'une hépatisation du poumon gauche : un bloc solide produirait d'autres phénomènes et ne produirait point ceux qui existaient. Je me trouvai là, pensai-je, en face d'un épanchement pleurétique dont il restait à déterminer la nature et la qualité. Après avoir en vain cherché le symptôme soi-disant pathognomonique signalé par Baccelli et Guéneau de Mussy (la production de la pectoriloquie aphone toutes les fois que le liquide n'est point purulent) je m'arrêtai

par exclusion à l'idée d'un épanchement séro-purulent, attendu que les signes de la suppuration franche manquaient absolument. Restait à expliquer cette expectoration abondante de crachats tellement fétides qu'ils infectaient la chambre entière. Était-ce une pleurésie chez un tuberculeux ou chez un homme simplement anémique ? Était-ce au contraire une dilatation bronchique ? Ou bien enfin, y avait-il, quelque part, au fond des bronches probablement augmentées de volume une ouverture par laquelle le malade évacuait lentement sa plèvre ? L'odeur des crachats était celle de la macération et de la gangrène tout à la fois. J'avoue que je me rattachai à la dernière interprétation, plutôt pour prendre l'intérêt du malade que par raisonnement véritable. Je déclare qu'il n'y avait pas possibilité de conclure d'une façon catégorique. Je comptais plutôt sur la marche pour éclairer entièrement ma religion.

Quoi qu'il en soit, j'arrêtai sur l'heure un nouveau plan de traitement que je mis immédiatement en usage. Les purgatifs drastiques et salins, les vésicatoires répétés, puis plus tard la teinture d'iode : les inhalations d'une eau phéniquée qui restait en permanence dans la chambre : les balsamiques, l'arsenic, enfin le régime lacté comme diurétique sont autant que comme modificateur de la nutrition, tels furent les moyens auxquels j'eus recours. Quant à la thoracentèse, je ne voyais aucune indication de la pratiquer. J'y voyais, au contraire, des inconvénients faciles à deviner. Je n'insisterai pas sur cette longue période d'hésitations et de tâtonnements qui dura trois grand mois, avec des alternatives diverses. Bientôt j'eus la satisfaction de voir l'épanchement se résorber et les frottements disparaître : en même temps les couleurs

de la santé revenaient au malade. Les souffles s'effacèrent peu à peu, seule l'expectoration persistait. L'huile de foie de morue iodée acheva la cure, si bien qu'à la grande stupéfaction des voisins qui criaient au miracle, le malade alla bientôt se promener. En mai, il reprenait son travail et en octobre, tout, absolument tout, avait disparu, même l'expectoration. Le malade n'était plus reconnaissable.

L'année suivante, par conséquent en 1877, il se présenta au conseil de révision qui ne consentit à le réformer que sur un certificat exprès et détaillé de ma main. Je ne l'ai pas perdu de vue, et si j'ai attendu jusqu'à ce jour pour présenter son observation, c'est que je voulais qu'elle fut réellement complète et démonstrative et que je pusse affirmer réellement la guérison.

OBSERVATION IV

(Rivet) (1).

Pleurésie purulente du sommet gauche chez une enfant de trois ans. — Ponction aspiratrice. — Guérison

Augustine L..., âgée trois ans, entrée le 1^{er} juillet 1872, à l'hôpital Sainte-Eugénie, avait été prise le vendredi 27 juin, de fièvre, de toux, avec un peu de dyspnée. Il a été administré un vomitif ce jour-là, et comme la toux et la fièvre persistaient, on en a administré un second deux jours après. Le mardi suivant, 1^{er} juillet, la mère ne voyant pas d'amélioration, porte son enfant à l'hôpital.

Nous trouvons avec la fièvre un peu de dyspnée, une toux catarrhale d'un caractère particulier, le visage animé mais sans grande agitation.

1. Thèse Paris, 1880. Obs. I.

A. Faurous

Examen de la poitrine. — La percussion est douloureuse du côté gauche, arrache des cris à l'enfant surtout, au-dessous de la clavicule gauche où il existe comme en arrière une matité évidente. La sonorité reparaît à mesure que l'on se rapproche de la base.

Auscultation. — En arrière souffle fort, tubaire, occupant les limites de la matité, entremêlé de quelques râles humides, surtout appréciable dans les efforts de toux. Le souffle plus fort à mesure que l'on se rapproche de la colonne vertébrale, se propage vers le côté droit, au point de faire croire, au premier abord, à l'existence d'une pneumonie double.

Traitement. — Poudre de digitale 0 gr. 15.

5 juillet. — La malade garde toujours de la fièvre et de la dyspnée. En examinant le thorax, on remarque une voussure très manifeste de la paroi antérieure plus marquée sous la clavicule au niveau des trois premiers espaces intercostaux. La mensuration du thorax, au niveau du second espace, donne deux centimètres et demi de plus en faveur du côté gauche.

Traitement. — Application d'un large vésicatoire sur le côté gauche de la poitrine

7 juillet. — La fièvre existe toujours mais modérée. Elle n'a pas dépassé 39 degrés le soir.

Dans les inspirations profondes, on perçoit quelques râles sous-crépitaux fins. Le souffle doux, l'égophonie existent toujours vers la clavicule gauche. Tout portait à croire qu'il y avait dans la plèvre une couche de liquide derrière laquelle se trouvait la pneumonie.

La digitale étant bien tolérée est continuée sous forme de poudre à dose de 0 gr. 15. Huile de ricin 10 grammes.

9 juillet. — La percussion donne sous la clavicule gauche

un son qui se rapproche singulièrement du bruit de pot fêlé. A l'auscultation, le souffle a pris un timbre amphorique. Six jours après, ces phénomènes pseudo-cavitaires disparaissent, mais il restait toujours de la matité, de la rougeur sous-claviculaire, un souffle lampé entremêlé de quelques bulles larges, enfin une absence à peu près complète des vibrations thoraciques.

Traitement. — Poudre de calomel 0 gr. 25.

23 juillet. — Les signes physiques sont extrêmement variables, le bruit de pot fêlé qui avait apparu il y a quelques jours n'existe plus aujourd'hui, mais la voussure sous-claviculaire est toujours manifeste. Et, cependant, l'épanchement ne semble pas augmenter, l'enfant est sans dyspnée.

Traitement. — Vésicatoire en arrière, du côté gauche de la poitrine.

5 août. — État stationnaire.

30 août. — L'état général s'est aggravé, l'enfant a de fréquentes sueurs nocturnes : elle a maigri et pris une teinte jaune paille, cachectique.

La température a été depuis le début des plus irrégulières. A plusieurs reprises, la courbe indique des poussées dans lesquelles le thermomètre a atteint plus de 40 degrés.

L'épanchement semble avoir sensiblement augmenté. La matité est absolue, soit en avant, soit en arrière. Il n'existe plus de souffle et l'auscultation révèle une apnée complète, sauf quelques râles dans la fosse sus-épineuse gauche. Le cœur est refoulé vers la droite, sa pointe sur le bord droit du sternum.

Avec les données précédentes, il est fort présumable que l'épanchement a non seulement augmenté, mais encore qu'il

est devenu purulent sans tendance à la résorption. La thoracentèse est indiquée.

Aussi, il est fait une ponction dans le troisième espace intercostal au niveau du bord antérieur de l'aisselle avec le trocart moyen de l'appareil Potain.

Il sort par la canule et sans difficulté 300 grammes d'un pus blanc, crémeux, sans odeur. Après l'opération, il est facile de constater que le cœur a repris sa place. La respiration s'entend très nettement en avant et les vibrations thoraciques deviennent perceptibles. Enfin, la voussure sous-claviculaire a très sensiblement diminué.

6 septembre. — La sonorité est normale en avant. La voussure sous-claviculaire n'est plus appréciable. Il n'existe plus ni souffle, ni râle. Reste seulement de l'obscurité dans le murmure vésiculaire. Le liquide ne s'est assurément pas reproduit.

Malgré tout, l'état général de l'enfant est loin d'être en rapport avec l'amélioration constatée dans les signes physiques. Elle demeure pâle avec des sueurs faciles et un peu de diarrhée.

La courbe de température marque encore des oscillations irrégulières au milieu desquelles la température du soir atteint 40 degrés ou à peu près.

Cependant, l'épanchement ne se reproduit toujours pas et après des alternatives de haut et de bas, la petite malade entre franchement en convalescence.

Voici ce que nous constatons à l'examen de la poitrine, le 30 octobre :

La sonorité est redevenue presque complète dans toute

l'étendue du côté malade, reste une simple différence de tonalité avec le côté opposé.

La respiration ne diffère avec celle du côté sain que par moins d'ampleur dans l'expansion : elle est aussi un peu plus rude et légèrement soufflante dans les mouvements d'inspiration forcée.

L'état général est très sensiblement amélioré. L'enfant quitte l'hôpital complètement guéri le 4 octobre.

OBSERVATION V (1)

Pleurésie purulente du sommet droit chez un enfant de trente mois. — Vomique. — Guérison

G. C..., trente mois. En octobre 1899, après ingestion de fruits gâtés et d'eau sale, diarrhée glaireuse qui dure huit jours, et fait ensuite place à la constipation, avec crises fébriles, sueurs profuses, un peu de toux et quelques râles disséminés mais éphémères. Au bout de trois semaines, disparition de la fièvre qui reparait tous les quatre ou cinq jours sous forme d'une poussée (38°5) ; la constipation persiste, langue blanche, ventre ballonné.

En décembre, après refroidissement, syncope et peu de fièvre. On continue à agir sur l'intestin qui seul attire l'attention. Le 6, poussée de vésicules dans la bouche, renfermant du streptocoque, jusqu'au 12, fièvre (38°5 à 39°6), langue sale, constipation, toux sans signes stéthoscopiques, amygdales rouges, insomnie, inégalité pupillaire. Séro-diagnostic typhique négatif. Pas de signe de Kernig.

13 décembre. — Toux quinteuse, le 15, haleine fétide, le

1. Bezy et Bauby. *Archives de méd. des enfants*, 1901, p. 32. Obs. III.

17, matité, souffle intense, absence de vibrations au sommet droit.

Diagnostic. — *Abcès pleural.* On décide de faire une ponction exploratrice et d'intervenir immédiatement si l'on trouve du pus. Au moment de pratiquer la ponction, vomique d'odeur infecte (streptocoque, staphylocoque, coli-bacille, microbes très allongés des pleurésies putrides).

Après cette vomique, les phénomènes stéthoscopiques disparaissent et il devient impossible d'aller à la recherche du foyer.

18 décembre au 18 janvier. — Aggravation. Toux plus fréquente, oppression, *petites vomiques*. Gros râles humides dans tout le poumon droit. Œdème généralisé, pas d'albuminurie. Fièvre.

19 janvier au 4 février. — Oligurie, albuminurie, anasarque, faiblesse extrême, amaigrissement considérable. Puis amélioration progressive. En juillet 1900, santé parfaite. Il reste seulement un peu de matité et d'obscurité respiratoire au sommet droit.

OBSERVATION VI

(Comby.)

Pleurésie purulente enkystée du sommet droit au décours d'une pneumonie franche

Un jeune homme de trente-deux ans fut pris brutalement, en pleine santé, le 19 janvier 1885, d'un violent frisson bientôt suivi de toux et de point de côté sous le mamelon droit. Appelé à examiner le malade le 21 janvier, je constatai l'exis-

tence d'une fièvre vive (40°₂ dans l'aisselle) avec céphalalgie, agitation, orthopnée. Déjà existent quelques vésicules d'herpès labial : la langue est recouverte d'un enduit jaunâtre, la soif est grande, l'appétit nul, il y a de fréquents vomissements.

Il était évident que nous étions en présence d'une pneumonie aiguë franche : s'il avait pu subsister quelques doutes, l'examen des crachats aurait suffi à les dissiper.

Le malade, en effet, rendait avec peine quelques crachats épais, collants, de couleur sucre d'orge, absolument caractéristiques. Il restait seulement à fixer le siège et l'étendue du foyer : l'auscultation révélait en un seul point, tout à fait au sommet du creux axillaire droit, un léger souffle accompagné de crépitations au moment des efforts de toux. Il n'en fallait pas davantage pour reconnaître une pneumonie du sommet droit.

Pour combattre la violence du point de côté qui tourmentait beaucoup le malade, je prescrivais l'application de six sangsues : le soulagement fut presque immédiat. Quant au traitement, il consista les premiers jours dans l'emploi d'une potion de Todd avec extrait de quinquina, je n'y insisterai pas. Le lendemain, le foyer pneumonique s'était étendu, gagnant en haut la fosse sus-épineuse et en avant la région sous-claviculaire ; les jours suivants, on pouvait constater l'existence d'une matité allant de la clavicule au mamelon droit : tout le lobe supérieur du poumon semblait hépatisé. La soif était toujours très vive.

L'estomac était intolérant, toutes les boissons (lait, limonade, grogs) étaient vomies.

Vers le sixième jour de la maladie, l'état général paraissant

plus grave, je prie M. Tennesson de voir le malade, il reconnut comme moi l'existence d'une pneumonie franche occupant tout le sommet droit : il jugea le cas grave et fit des réserves au point de vue du pronostic tout en considérant la guérison comme probable. Il faut dire que le sujet, sans être éthylique, vivait largement et buvait chaque jour des doses un peu fortes de liqueurs alcooliques ; il faisait surtout abus du tabac. D'autre part, il avait eu, dix ans auparavant, une pleuro-pneumonie double très sérieuse, sans parler d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu remontant à quelques années. Ces antécédents pouvaient inspirer quelques inquiétudes et faire craindre deux choses : le delirium tremens et la tuberculose pulmonaire.

Ajoutons cependant que le sujet était très vigoureux et n'avait eu, depuis plusieurs années, que des indispositions. C'est ainsi qu'il toussait quelquefois et avait, de loin en loin, des douleurs thoraciques assez intenses. Il y a trois ans, je fus appelé pour traiter une de ces manifestations douloureuses que je qualifiai de pleurodynie et qui disparut rapidement par l'application de sangsues.

Rien dans la famille rappelant la tuberculose, mais l'arthritisme s'était manifesté chez le père par le diabète, chez une sœur par des coliques hépatiques, chez notre malade par des rhumatismes. Au huitième jour de la maladie, la défervescence se fit normalement, le thermomètre tomba à 37°3 dans l'aisselle : en même temps se montrèrent les phénomènes critiques tels que sueurs, diarrhée, polyurie.

Nous nous félicitons déjà de l'heureuse issue de la maladie lorsque le délire que nous avions prévu éclata dès le lendemain de la défervescence : ce délire, d'ailleurs modéré, fut

promptement calmé à l'aide de l'opium et du chloral et en trois jours le malade avait retrouvé son calme habituel.

Mais la fièvre qui avait repris au moment du délire persista, le thermomètre marquait de 38°4 à 39 degrés le matin, de 39°5 à 40 degrés le soir, le pouls était à 104, 110, 120. Quoique les crachats fussent complètement décolorés et fluides, nous soupçonnions l'existence d'une complication. La matité persistait dans toute la région sous-claviculaire droite jusqu'au foie ; la percussion était douloureuse, les vibrations vocales étaient éteintes ; le malade respirait péniblement, l'usage des ventouses et des vésicatoires ne put venir à bout de ce foyer qui persistait au sommet droit. Nous commençons à redouter une évolution tuberculeuse ou une suppuration du poumon. Les crachats devenaient abondants, muco-purulents ; la toux était quinteuse et fatigante, l'examen des crachats, fait à deux reprises (11 et 18 février) ne révéla pas la présence de bacilles tuberculeux : les urines ne contenaient ni sucre, ni albumine.

14 février (vingt-septième jour de la maladie). — Voici quelle était la situation du malade : 39°8 dans l'aisselle, 114 pulsations, toux extrêmement pénible et quinteuse, ramenant des crachats très abondants et purulents. Depuis plusieurs jours, existent des douleurs articulaires au niveau des genoux, des poignets, des épaules ; ces arthralgies ne s'accompagnent d'aucun gonflement, d'aucun changement de coloration. Le malade étant rhumatisant, nous prescrivons 8 grammes de salicylate de soude ; les douleurs sont atténuées, mais la fièvre persiste. Faut-il voir dans ces manifestations articulaires un rhumatisme franc, ou ne vaut-il pas mieux les rapprocher de ces pseudo-rhumatismes infectieux

que M. Bouchard nous a fait connaître ? Nous sommes porté à le croire, à cause de l'action incertaine du salicylate de soude.

Lorsqu'on examine le sommet droit du poumon, on constate l'existence d'une matité absolue depuis la clavicule jusqu'au foie : cette matité existe également, mais à un moindre degré, dans la fosse sus-épineuse.

Partout ailleurs le poumon droit est sain comme le gauche, Les vibrations thoraciques sont abolies au niveau de la zone de matité. A l'auscultation, silence complet en avant ; dans la fosse sus-épineuse, souffle à timbre caverneux mêlé de râles. Que faut-il admettre ? Une pleurésie enkystée du sommet ou bien un de ces blocs massifs qu'on rencontre parfois et que M. Gaucher a décrits sous le nom de pneumonie massive ? Nos doutes furent dissipés dès le lendemain ; le malade fut pris dans la matinée du 15 février d'une quinte de toux violente ; il eut la sensation d'un déchirement intérieur et il rendit à la fois par la bouche et par le nez des flots de pus ; nous avons pu évaluer à un quart de litre la quantité de pus rendu dans cette vomique. Le lendemain, les signes physiques ne furent pas modifiés.

17 février. — Deux jours après la première vomique, nouvelle vomique estimée à un demi-litre environ. Le soir même, nous constatons l'existence d'une sonorité tympanique dans tout l'espace sous-claviculaire droit ; à l'auscultation, souffle amphorique et tintement métallique très net. Ce pneumo-thorax partiel était parfaitement limité au sommet et sa position topographique rappelait exactement celle de la pneumonie qui l'avait précédé. A partir de ce moment, la fièvre tomba et le malade se sentit soulagé.

19 février. — Nous trouvons 37 degrés dans l'aisselle : le pouls s'est abaissé à 72. L'appétit revient et le malade prend 400 grammes de viande hachée, un litre de lait, un œuf, un peu de vin, etc. Il était, en effet, profondément amaigri, épuisé, et la suralimentation semblait indiquée. Le pneumothorax tend à disparaître, la respiration se perçoit sous la clavicule et le son tympanique siège seulement au-dessus du mamelon, en un point qui présente manifestement de la voussure.

20 février. — L'état du poumon est à peu près normal : la sonorité plessimétrique n'a rien d'exagéré et la respiration s'entend presque naturelle, elle est seulement un peu rude. Le malade a pris dans la journée une douzaine d'huîtres, 500 grammes de viande hachée, un litre de lait. Les forces reviennent rapidement et la guérison ne paraît plus douteuse. Les crachats muco-purulents sont de plus en plus rares

21 février. — Nous permettons au malade de se lever pendant une heure. A partir de cette époque, les forces reviennent rapidement et il ne reste plus rien des signes thoraciques que nous avons constatés.

OBSERVATION VII

(De Cérenville.) (1)

Pleurésie purulente du sommet droit.

Ponctions. — Incisions et résection costales. — Guérison

R..., cinquante-deux ans, admis à l'hôpital en octobre 1881 et malade depuis deux mois et demi. Toux, expectoration muco-purulente, quelquefois sanguinolente. Déclin des

1. De Cérenville. *Revue méd. de la Suisse romande*, 1886.

forces, amaigrissement. Signes physiques d'une collection purulente occupant la partie supérieure du côté droit, peut-être compliquée d'infiltration du poumon. Voussure sous-claviculaire et œdème.

10 octobre. — Ponction dans le deuxième espace. Pus épais à 3 centimètres de profondeur.

14 octobre. — Incision dans le même espace. Recherche de l'abcès au moyen de ponctions pratiquées dans la plaie, sans résultat. Drain.

Les jours suivants, la voussure s'affaisse, après un rejet abondant de matières muco-purulentes.

19 octobre. — Phénomènes *cavitaires* sous l'épine de l'omoplate et sous la clavicule.

29 octobre. — Une injection poussée par le drain provoque de l'étouffement avec suspension de la respiration.

En décembre, l'état général s'altère et l'amaigrissement augmente. Abondante expectoration muqueuse et muco-purulente. Le souffle amphorique devient plus net au niveau de la crête de l'omoplate. Je crus à un ramollissement limité du parenchyme pulmonaire compliquant l'empyème enkysté communiquant avec les bronches.

Nouvelle intervention. — Après résection de 3 centimètres de la deuxième côte et pénétration en travers de la plèvre épaissie, on tombe dans un foyer contenant du pus et des gaz et s'étendant en arrière et en haut et coiffant le sommet du poumon. Le poumon était refoulé contre la colonne vertébrale. Pansements avec des mèches de gaze salicylée bourrées dans la cavité.

Les jours suivants, suppuration franche, expectoration nulle ou à peu près.

5 janvier. — La cavité se rétrécit et le poumon se dilate. L'examen direct de l'excavation au moyen d'un miroir et d'une vive lumière solaire permet de voir à la hauteur de la deuxième côte, deux fistules pulmonaires soufflant à la toux et émettant du muco-pus. La surface du poumon est franchement rosée, saine.

19 janvier. — Les fistules pulmonaires semblent oblitérées. La plaie se rétrécit progressivement. L'état général s'améliore.

En avril, le malade quitte l'hôpital et se sent assez bien pour reprendre son travail. L'excavation est fermée, mais les signes de bronchectasie persistent avec une expectoration rare. Il reste une fistule profonde de 4 à 5 centimètres.

OBSERVATION VIII

(Rispal.) (1)

B. M., âgé de quarante-six ans, entre le 31 janvier 1894, à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, dans le service du professeur Caubet, pour pyélo-néphrite.

22 mars. — Elle fut prise brusquement d'un point de côté très violent sous le sein droit, de toux quinteuse et de dyspnée très violente.

La température axillaire donne 39°5.

Le lendemain, le point de côté persiste, arrachant des cris à la malade et on est obligé deux fois dans la journée d'avoir recours à une injection sous-cutanée de morphine.

A l'examen de la poitrine, il existe de la submatité au sommet du poumon droit, en arrière, dans la fosse sous-épineuse, en avant sous la clavicule; on perçoit à ce niveau

1. Rispal. *Gazette hebdomadaire de méd. et de chir.*, 15 déc. 1894.

par l'auscultation un foyer de râles fins mêlés de quelques frottements pleuraux. Il n'y a pas cependant de crachats rouillés, la température du matin s'élève à 38°5, celle du soir à 39°7.

24 mars. — L'agitation de la veille a fait place à une prostration complète, le facies est cyanosé, la respiration bruyante et difficile, on remarque de temps en temps quelques mouvements convulsifs dans les muscles du bras et de l'avant-bras. La température reste élevée.

25 mars. — Mort sans nouveaux phénomènes observés.

Autopsie, — A l'autopsie, on voit s'écouler de la partie supérieure de la cavité pleurale droite une assez grande quantité de pus blanchâtre et visqueux. On constate alors qu'il s'agit d'une pleurésie purulente enkystée autour du lobe supérieur du poumon droit : les adhérences, les unes fibreuses et paraissant anciennes, les autres fibrineuses plus récentes retiennent la collection purulente qui forme comme une nappe étendue à la surface du lobe supérieur. La partie inférieure de la cavité pleurale est absolument libre et saine. En détachant ensuite le sommet du poumon baignant dans le pus quoique légèrement adhérent à la paroi costale, on s'aperçoit que le parenchyme est augmenté de consistance.

La coupe du poumon montre une hépatisation grise comprenant exclusivement le lobe supérieur, les lobes moyen et inférieur sont intacts. Le poumon gauche est légèrement adhérent mais absolument normal.

Le péricarde est normal, le foie un peu gros, les reins atrophies présentent les caractères du petit rein rouge.

Examen bactériologique. — Le pus recueilli en pipette

stérilisée a montré des bâtonnets encapsulés se décolorant par la méthode de Gram. Les cultures sur divers milieux furent faites, les inoculations pratiquées et le diagnostic bactériologique parfaitement établi. Le micro-organisme en cause était le bacille encapsulé de Friedlander.

OBSERVATION IX

(Moizard.)

Pleurésie purulente du sommet gauche
Incision large. — Guérison

Édouard M..., âgé de huit ans, entre le 5 janvier 1892, salle Henri Roger, n° 2. Les antécédents morbides de cet enfant ne sont pas très chargés ; nous trouvons cependant, dès les premiers temps de la vie, une alimentation vicieuse et une mauvaise hygiène qui avaient tout d'abord retenti sur son développement. Né à terme, l'enfant ne fut pas nourri au sein mais envoyé en nourrice : il fut élevé au biberon et mal soigné. Vers l'âge de six mois, il eut, nous dit la mère, une entérite grave. A l'âge d'un an, il fit une seconde maladie, une fluxion de poitrine qui n'eut pas de suites prolongées. Depuis, à part une angine légère, l'enfant n'a plus été malade et sans être très fort, c'est un enfant généralement bien portant.

Du côté des parents, nous ne trouvons rien de bien particulier à signaler : le père et la mère sont en bonne santé. Cependant, dans la famille de la mère, il y aurait eu quelques tumeurs. La mère a eu deux autres enfants : une fille hydrocéphale morte à quelques jours, et une autre actuellement bien portante.

1. Moizard *in* Langlois. Thèse Paris 1895. Obs. I.

Le début de l'affection présentée par l'enfant semble avoir été très brusque. En pleine santé et sans éprouver de symptômes prodromiques, l'enfant fut pris au réveil d'un point de côté gauche très violent, en même temps qu'il éprouvait un grand malaise s'accompagnant de céphalée et de fièvre intense. Un médecin fut consulté et porta le diagnostic de fluxion de poitrine. Après dix à douze jours, les phénomènes aigus s'amendèrent, mais l'enfant n'entrait pas franchement en convalescence. Obligé de garder le lit, il était triste, refusait de jouer, et lorsqu'il s'agitait un peu éprouvait une certaine gêne respiratoire.

Un médecin de nouveau consulté porta le diagnostic d'épanchement pleural sans cependant l'affirmer.

Les particularités des signes physiques que nous avons observés rendent compte des réserves faites par le médecin à un premier examen.

L'état général s'aggrave, l'enfant perd l'appétit, pâlit, maigrit rapidement, les parents se décident à l'amener à l'hôpital.

Examen. — 5 janvier. — L'enfant est couché sur le côté gauche et il est établi d'après les commémoratifs que c'est sa position habituelle depuis quelques jours, le regard est sans expression et il semble indifférent à ce qui se passe autour de lui, c'est à peine s'il répond aux questions qu'on lui pose, il faut pour cela une insistance toute particulière.

La face est pâle, bouffie et nettement enflée, la peau sur le reste du corps est sèche et rugueuse. L'enfant, de plus, est très amaigri et présente l'aspect d'un cachectique confirmé. En faisant asseoir l'enfant, nous remarquons une légère angoisse avec accélération de la respiration.

Le « décubitus diagonal » (Audral) et les modifications de la respiration avec les changements de position de l'enfant attirent notre attention vers les organes thoraciques et spécialement vers l'appareil respiratoire. Voici les signes que l'examen méthodique nous permet de constater.

Inspection. — Le thorax est légèrement asymétrique, la colonne vertébrale est un peu fléchie du côté gauche. Les renseignements pris nous permettent d'établir que ce léger degré de scoliose n'existait pas avant le début de l'affection.

Le côté gauche présente de plus des modifications très importantes. Une rétraction très légère en arrière et sur le côté, plus particulièrement au-dessous de l'omoplate.

En avant, au contraire, dans la partie la plus supérieure du thorax et répondant aux quatre premières côtes, on constate une voussure manifeste. La direction du thorax n'est pas sensiblement modifiée, cependant nous retrouvons à un certain degré les signes du cordeau, l'extrémité inférieure du sternum est un peu portée vers la gauche. Quant à la mensuration du thorax, elle ne nous donne que des renseignements peu précis : il n'y a que très peu de différence entre les deux côtés, mais, renseignements pris, l'enfant aurait toujours eu le côté gauche moins développé que le côté droit. La circulation veineuse superficielle est notablement augmentée et plus nettement du côté gauche.

Palpation. — La palpation nous permet de mieux analyser la voussure antérieure au niveau de laquelle on éprouve à un léger degré une sensation de tension particulière. Les espaces intercostaux à ce niveau semblent se déprimer moins facilement que du côté opposé. On constate également que le cœur est à peu près à sa place, cependant

la pointe bat un peu en dedans du mamelon. Sa palpation nous permet de constater un signe de grande valeur, une modification considérable des vibrations thoraciques. En effet, en arrière, dans toute la partie correspondant au lobe supérieur, on constate une augmentation considérable des vibrations qui est des plus caractérisées au niveau de la partie moyenne.

Plus bas au contraire, les vibrations sont peu perceptibles, normales, on peut dire, étant donné que l'examen porte sur un enfant. En tout cas, la sensation est à peu près la même que celle qu'on a du côté sain. En avant et en haut, fait bien caractéristique, il y a abolition complète des vibrations jusque sous la clavicule.

Percussion. — En arrière, on constate de la matité au niveau de toute la moitié supérieure du côté gauche, puis progressivement en percutant de haut en bas, on voit la sonorité revenir et être presque normale bien que d'une tonalité un peu plus élevée que du côté opposé. Ce que nous constatons au niveau du lobe supérieur, nous le retrouvons dans l'aisselle.

En avant, nous trouvons une matité absolue, *tanquam percussi femoris*, et l'impression perçue par le doigt est différente de ce que nous éprouvons en arrière; ici l'élasticité a totalement disparu. Cette zone de matité commence sous la clavicule et s'étend jusqu'au quatrième espace intercostal; plus bas, on retrouve un peu de sonorité qui ne tarde pas à se confondre avec le tympanisme stomacal: l'espace de Traube n'était nullement diminué.

Auscultation. — En arrière dans tout le lobe supérieur, la respiration est bronchique, rude, le maximum occupe l'angle

de l'omoplate, à ce niveau, on entend un souffle tubaire, intense, très rude. De plus et ceci est beaucoup plus net quand l'enfant tousse, on perçoit en ce point de nombreux râles gros et presque à caractère humide. Ajoutons à cela quelques bruits superficiels probablement d'origine pleurale.

La toux et la voix ont un retentissement exagéré, la bronchophonie est manifeste, il y a même un léger degré de pectoriloquie.

En bas, le souffle s'atténue progressivement et dans le tiers inférieur du poumon le murmure vésiculaire s'entend, bien qu'atténué.

En avant, la respiration a disparu, on ne perçoit qu'un souffle bien différent du bruit bronchique que l'on entend en arrière : ce souffle lointain à timbre beaucoup plus doux est peut-être la propagation du souffle postérieur. Il en est de même dans la région axillaire.

Dans la région antéro-latérale, ce qui domine, c'est l'obscurité; pas d'égophonie, pas de pectoriloquie.

L'examen du poumon droit est absolument négatif, à part une respiration un peu supplémentaire peut-être.

Le sommet est parfaitement sain, la percussion et l'auscultation ne révèlent aucun signe morbide.

Le nombre des respirations est de 30 à 32 par minute lorsque l'enfant est au repos.

La toux est fréquente, mais surtout un peu grasse, parfois quinteuse, mais non douloureuse : elle ne se présente pas avec les caractères de la toux dans la pleurésie.

L'expectoration est nulle et il ne peut être pratiqué d'examen des crachats au point de vue de la recherche du bacille

de Koch. Une seule fois l'enfant eut quelques crachats mucopurulents, déposés en filaments au milieu d'une expectoration un peu aérée et filante.

Nous n'avons pas retrouvé là des caractères suffisants pour affirmer les symptômes d'une vomique.

L'examen des autres organes est négatif.

Les bruits du cœur sont normaux, mais comme nous l'avons dit, la pointe bat légèrement en dedans du mamelon. Rien de particulier dans l'exploration de l'abdomen. Le foie et la rate sont normaux.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Le creux sous-claviculaire gauche est un peu moins accusé que le droit. Nous avons noté un œdème fugace du bras gauche.

Du côté du tube digestif nous notons un peu de diarrhée fétide. Nous n'insisterons pas sur les symptômes généraux, nous avons déjà signalé les phénomènes cachectiques que présente le malade.

La température, le soir de l'entrée est normale 37°5.

Le pouls un peu rapide donne 104 pulsations, il est faible et semble plus difficile à percevoir à gauche.

7 janvier. — Trois ponctions exploratrices furent faites : les deux premières négatives ; l'une au niveau de l'angle de l'omoplate, au point le plus mat de la région postérieure, l'autre dans le quatrième espace intercostal sur la ligne maxillaire : la troisième faite en avant dans la région sous-claviculaire, donna à peine une gouttelette de liquide louche, dans laquelle l'examen révéla la présence d'un diplocoque encapsulé.

8 au 12 janvier. — La température ne dépasse pas 38 degrés,

les signes restent à peu près les mêmes. L'état général semble peu modifié.

Le 13 et les jours suivants la courbe thermique présente quelques oscillations.

21 janvier. — L'enfant qui pesait 19 kilos à l'entrée a perdu 1 kilo en quinze jours.

Les signes locaux ont subi quelques modifications : toujours les mêmes en arrière où le souffle persiste avec les râles humides dans le lobe supérieur, avec une sonorité normale en bas ; ils sont augmentés en avant : la matité s'est étendue en dedans, le cœur qui était à peu près en place à l'entrée est maintenant nettement dévié.

Une nouvelle ponction exploratrice fut pratiquée en avant à 1 centimètre au-dessous du mamelon qui, dans le cas présent, correspondait à la quatrième côte, la seringue ramène du pus assez épais.

23 janvier. — Première thoracenthèse qui donne 210 centimètres cubes de pus assez épais, verdâtre, sans odeur.

Pendant l'opération, l'écoulement du liquide s'arrête brusquement et malgré le passage d'un mandrin dans le trocart il fut impossible d'aspirer davantage de liquide. Le trocart retiré ramena une fausse membrane qui en obturait la lumière.

Sous l'influence de la ponction, l'état local s'était cependant amélioré ; le cœur, dont la pointe battait en dedans du mamelon s'en était un peu rapproché.

27 janvier. — Le liquide s'est reproduit et loin de rétroceder l'épanchement augmente. Le cœur est de nouveau dévié : la matité s'étale.

L'état général du malade, l'amaigrissement et la cachexie

progressive nécessitent une intervention plus radicale.

L'opération de l'empyème s'impose: elle est faite par M. Brun, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades.

Après chloroformisation, on fait une incision de 5 centimètres au niveau du quatrième espace intercostal, incision dont l'extrémité antérieure arrive à un demi-centimètre de l'aréole du mamelon. Les fibres du grand pectoral auxquelles correspond l'incision sont écartées avec soin et une ponction aspiratrice est pratiquée dans l'espace intercostal mis à jour. Après avoir retiré 300 centimètres cubes de liquide environ, l'espace est franchement ouvert avec la sonde cannelée. Il s'écoule une assez grande quantité de pus épais, visqueux, verdâtre, environ $\frac{3}{4}$ de litre.

Le doigt introduit ensuite dans la plaie permet de reconnaître une poche limitée en bas et en arrière par une paroi facilement accessible tandis que, en haut et en dedans, le doigt ne perçoit pas de limite.

Cette exploration entraîne la rupture de fausses membranes et l'évacuation d'une nouvelle quantité de pus.

Un léger lavage à l'eau bouillie fut pratiqué, puis le drainage fut assuré par deux tubes très courts.

Le soir même la température est modifiée, elle est à 38 degrés, la veille le thermomètre donnait encore 39°5 et, depuis jusqu'à la guérison, la température ne s'est plus élevée une seule fois jusqu'à 38 degrés.

L'opération et les pansements consécutifs ayant été faits avec l'antisepsie la plus rigoureuse, l'évolution vers la guérison fut très rapide. Un seul et court lavage de la poche fut fait après l'opération, il ne fut pas renouvelé.

L'écoulement du liquide nécessita un pansement le

deuxième jour, depuis les pansements furent faits tous les deux ou trois jours.

Les signes stéthoscopiques constatés dans les jours qui suivirent l'opération sont les suivants : le lendemain la matité sous-claviculaire a disparu, elle est remplacée par du tympanisme. En arrière la matité a diminué, mais persiste et la respiration est encore soufflante.

10 février. — Le murmure vésiculaire s'entend nettement sous la clavicule avec quelques frottements pleuraux. En arrière la respiration est encore soufflante, devient meilleure, les râles diminuent et les bruits perçus par leur caractère superficiel doivent être considérés comme d'origine pleurale.

L'état général de l'enfant s'améliore très vite, l'appétit est tout à fait revenu. L'enfant est gai, il se lève. Son poids augmente; en quinze jours il a gagné 1 kilogramme.

27 février. — Le drain est enlevé.

18 mars. — Les frottements pleuraux persistent encore, mais l'enfant a repris l'attitude normale, sa colonne vertébrale est droite. On remarque au lieu de la voussure antérieure un léger degré de rétraction. La cicatrice de l'incision se termine en avant à 2 centimètres du point où bat la pointe du cœur : celle-ci bat maintenant vers le cinquième espace au-dessous du mamelon.

L'enfant peut être considéré comme guéri.

Examen bactériologique. — L'examen direct du pus fut pratiqué de la façon suivante : coloration au violet de gentiane anilin, puis méthode de Gram; on constata la présence de pneumocoques plus ou moins lancéolés.

La culture de ce pus fut faite sur gélose et sur bouillon et

donna au bout de trente heures des colonies présentant tous les caractères de celle du pneumocoque. L'examen microscopique décela la présence de diplocoques lancéolés se mettant parfois en courtes chaînettes. Enfin l'inoculation à la souris fut pratiquée : l'animal mourut dans les vingt-quatre heures et son sang futensemencé sur gélose. L'examen montra la présence du même microbe.

OBSERVATION X

(Lambotte.) (1)

*Pleurésie purulente du sommet droit. — Incisions
larges et drainages. — Guérison.*

M. de L..., âgé de soixante-quatre ans, n'accuse aucune hérédité morbide et n'a jamais été malade antérieurement. Son affection débuta insidieusement au commencement de 1894, le début fut si obscur que le malade ne peut fournir que des renseignements très vagues; il perdit l'appétit et s'affaiblit peu à peu, des sueurs nocturnes se produisirent sans qu'aucun symptôme attirât l'attention sur les organes thoraciques; il n'y avait ni toux, ni expectoration, ni douleurs.

Vers le mois de juin 1894, six à sept mois après le début présumé de la maladie, une tuméfaction violente se développa peu à peu en dedans de l'épine de l'omoplate au niveau de la troisième vertèbre dorsale. La fluctuation devint bientôt évidente et une incision donna issue à une grande quantité de pus bien lié. Depuis lors la suppuration persista, chaque jour la fistule donnait issue à environ 100 grammes

1. Lambotte. *Annales de la Soc. de Méd. d'Anvers*, LVIII, p. 69.

de pus. L'affaiblissement du malade fit alors des progrès de plus en plus rapides ; la fièvre devint hectique.

24 août. — Je vis M. de L... en consultation avec M. le Dr Sweerts, je trouvai le malade absolument émacié, d'aspect cachectique. A l'examen du thorax, je constatai une matité complète limitée au sommet droit ; la base droite et tout le poumon gauche étaient sonores. Au niveau de la zone mate, l'auscultation révélait du souffle tubaire. Dans le reste des poumons la respiration était absolument normale. Il n'y avait ni toux, ni expectoration.

Dans la fosse sous-claviculaire, au niveau de la zone mate, je constatai une tuméfaction diffuse, dure, parcourue par des veines dilatées. En arrière, près de la crête vertébrale se voyait un orifice fistuleux dont l'exploration ne me révèle rien, si ce n'est un large décollement. J'étais très embarrassé de poser un diagnostic. Le mode de début, l'âge et l'aspect cachectique du malade, me faisaient craindre un cancer pulmonaire, l'absence de toux et d'expectoration faisaient repousser entièrement l'idée de tuberculose pulmonaire. La faiblesse excessive du patient, la gravité des lésions semblaient devoir contre-indiquer toute tentative opératoire.

Cependant, sur les instances du malade et de la famille, je me décidai à pratiquer une incision exploratrice.

Je n'escomptai guère une intervention curative, j'espérais seulement soulager le patient en assurant un meilleur écoulement au pus.

Je pratiquai l'opération le 5 septembre 1894 à l'institut Saint-Camille, avec l'assistance de mes confrères Sweerts et Van de Wiele. J'incisai largement les tissus sur la tumeur qui se trouvait en avant et, à ma grande satisfaction, je tom-

bai dans un foyer purulent qui pénétrait dans la poitrine au travers du deuxième espace intercostal.

L'orifice admettait facilement deux doigts ce qui me permit de me rendre compte immédiatement qu'il s'agissait d'un empyème enkysté du sommet. L'ouverture du foyer avait donné issue à environ 1/2 litre de pus épais sans odeur. La cavité avait été bien détergée, on put se rendre compte de l'intégrité du poumon, le sommet était refoulé vers le bas, l'élasticité sous le doigt était parfaite.

Le malade fut alors couché sur le côté sain, et j'incisai dans le dos le vaste décollement qui existait en dedans de l'omoplate, l'incision n'avait pas moins de 25 centimètres de long. Je constatai que le pus avait passé entre les apophyses transverses. Au moyen de la gouge et du maillet, je fis sauter l'apophyse transverse de la troisième vertèbre dorsale et je pus alors placer un drain traversant le thorax d'outre en outre et sortant dans la région sous-claviculaire. Six gros drains debout furent placés aux limites du décollement, dans l'aisselle et sous l'angle inférieur de l'omoplate.

Cette opération si grave fut suivie d'une amélioration immédiate, la fièvre hectique disparut pour ne plus revenir, la suppuration fut tarie d'emblée et le premier pansement put rester dix jours en place. Moins de quinze jours après l'intervention, le malade se promenait au grand air et les forces revenaient à vue d'œil.

Trois semaines après l'opération, je supprimai tous les drains, le poumon paraissait se dilater et reprendre sa situation physiologique. Le trajet situé en avant restait en communication avec la plèvre. Pendant de longs mois une suppuration légère continua à se faire jour par ce trajet,

des adénites suppurées de l'aisselle droite et des régions sus-claviculaires vinrent ensuite retarder la marche vers la guérison.

Dans le cours de l'année 1895, les trajets fistuleux persistaient toujours malgré toutes les injections modificatrices employées, mais l'épaule du côté opéré s'affaissait notablement, l'état général était excellent. Cependant la durée de la fistulisation était désespérante et je songeais à pratiquer une nouvelle opération. Pour temporiser, le malade fut envoyé quelques mois à la campagne. Au mois d'octobre dernier, il nous revint complètement guéri. Tous les trajets fistuleux sont cicatrisés, l'épaule droite est fortement affaissée, la sonorité du sommet est parfaite et l'auscultation ne révèle pas la moindre anomalie.

Il s'agissait bien dans ce cas d'une suppuration enkystée de la plèvre, mais de quelle nature était cette suppuration ? Je n'ai malheureusement pas fait pratiquer l'examen bactériologique du pus.

OBSERVATION XI

(Garampazzi.) (1)

Pleurésie purulente enkystée du sommet gauche. — Fistule pleuro-bronchique et collection interlobaire.

Le jeune B..., qui a toujours été bien portant, mais dont on ne connaît pas les antécédents héréditaires, fut pris vers le 10 janvier de l'année courante (1899) d'une pneumonie grippale double à foyers multiples, d'après les renseignements fournis ; la résolution était survenue depuis douze jours, l'enfant n'avait plus de fièvre ; il resta dans un état

1. Garampazzi. Observation résumée. *Gazzetta degli Ospedali*. Milano XX, page 805 et s.

favorable pendant trois jours : tout à coup la fièvre reparait, elle s'accompagne de nouvelles manifestations pulmonaires : submatité, respiration bronchique à la partie supérieure du poumon gauche : on a un état typhoïde, une fièvre élevée sans autres phénomènes du côté de la tête et de l'intestin : les phénomènes deviennent de plus en plus nets. La fièvre se maintient à 37°5 le matin, 38°5 et 39 degrés le soir.

En se rapportant à ce qu'a observé le médecin de notre malade au moment où celui-ci fut envoyé à l'hôpital (1^{er} mars de l'année courante) on arrive au diagnostic de pyo-pneumothorax enkysté.

En examinant le malade on note un léger affaissement de l'épaule gauche, une diminution du murmure respiratoire dans la partie élevée du thorax du même côté ; en couchant le malade sur le dos on trouvait une zone de submatité au-dessus et au-dessous de la clavicule, se prolongeant jusque vers la troisième et la quatrième côtes : les changements de position ne modifient pas la tonalité, les vibrations ont disparu, on a de la pectoriloquie, la respiration a un timbre amphorique, quelques râles apparaissent au moment des efforts de toux. On n'a pas grands renseignements de l'enfant sur son expectoration, les modifications que lui imprimaient les variations de position de corps, avant son entrée à l'hôpital, depuis il crache peu. La température est à 38°5 le soir.

La ponction faite dans le deuxième espace intercostal donne issue à un pus verdâtre, on en conserve pour faire des examens et des cultures bactériologiques : ils sont faits au laboratoire municipal d'hygiène, on y trouve du pneumocoque et du streptocoque.

Dans une première intervention on résèque la deuxième, la troisième et la quatrième côtes, on tombe sur une poche de pus. Quelques jours après nouvelle intervention et résection des cinquième et sixième côtes, on tombe sur une collection purulente qui occupe la scissure interlobaire. A partir de ce moment la fièvre tombe et le malade quitte l'hôpital entièrement guéri.

OBSERVATION XII

(Carrière et Vanverts.)

Pleurésie purulente du sommet gauche. — Résection costale. — Drainage.

M. G..., cinquante-six ans. Père mort d'un cancer à cinquante et un ans, mère morte en couches, une sœur morte subitement, un frère bien portant.

— Pas de graves maladies antérieures. Asthme depuis l'âge de trente ans. Pas d'habitudes alcooliques. Depuis une quinzaine d'années, troubles gastriques. En février 1906, la toux apparaît.

Mars 1906. — M. G... eut pendant la nuit deux accès violents de toux. Il ne se souvient pas d'avoir à la suite de ces accès, craché abondamment, mais il a constaté d'une manière très nette que l'expectoration qui était antérieurement difficile, se fait très facilement depuis ce matin.

24 mai 1906. — Il vient consulter M. Carrière pour sa toux. Cette toux est surtout fréquente la nuit. Elle est rare dans la journée. Elle est quinteuse et suivie d'une expectoration abondante, purulente, ne se disposant pas en couches superposées, inodore.

Cette expectoration est exclusivement nocturne et matinale, elle disparaît dès que le malade se lève. L'oppression est légère, il n'y a pas de point de côté.

L'appétit est faible, G... ne souffre pas de l'estomac, mais après chaque repas il éprouve une sensation de pesanteur épigastrique et du ballonnement qui dure deux ou trois heures, sans nausées, vomissements, ni renvois. Constipation.

La nuit apparaissent des sueurs profuses.

A cette date du 24 mai 1906, on constate que le poumon et la plèvre droite sont sains.

A gauche en avant existe une légère rétraction de la région sous-claviculaire qui reste immobile pendant les mouvements respiratoires. Toute la zone sous-claviculaire est submate. Les vibrations se transmettent normalement à son niveau. On constate dans cette région la diminution du murmure vésiculaire, l'existence d'un souffle très léger et très doux, l'absence de bronchophonie et de pectoriloquie aphone. A gauche, et en arrière, au sommet, submatité, vibrations normales, inspiration soufflante, expiration prolongée. Ces signes ne se perçoivent qu'au-dessus de l'épine de l'omoplate.

Urines normales, sauf peptonurie. Foie normal, rate normale, cœur sain.

M. G... est maigre, mais il a toujours été ainsi et n'a que peu maigri dans ces temps derniers.

En présence de ces signes, M. Carrière pense d'abord à l'existence d'une tuberculose du sommet du poumon, malgré l'absence, constatée à plusieurs reprises, de bacilles de Koch dans les crachats.

Traitement. — Suralimentation modérée, révulsion au sommet gauche, lavements créosotés, potion à l'acide chlorhydrique et au sulfate de strychnine pour combattre l'asthénie gastrique.

20 juin. — C'est-à-dire un mois après le premier examen, l'état général est le même : un peu d'amaigrissement cependant. Appétit meilleur, digestions normales, constipation diminuée. Les sueurs profuses ont disparu. Il existe un peu d'œdème des pieds. Le foie est un peu gros.

La toux présente toujours les mêmes caractères. Elle est nocturne et ne se produit que si le malade se couche horizontalement. L'expectoration nocturne est toujours abondante. L'examen de l'expectoration d'une nuit donne les résultats suivants :

Quantité 500 grammes, composition : pus, pas de fibres élastiques, pas de bacilles de Koch, innombrables microbes (tétragènes, diplocoques, streptocoques). Les signes stéthoscopiques n'ont guère changé ; cependant les vibrations vocales sont normales en arrière et diminuées en avant ; dans la région de l'articulation sterno-claviculaire souffle léger et pectoriloquie aphone sans bronchophonie. Peptonurie. Examen du sang : Globules rouges 3.800.000. Globules blancs 28.000 (polynucléaires 78 o/o, mononucléaires 9 o/o, lymphocytes 12 o/o, éosinophiles 6 o/o).

Il était évident qu'une expectoration aussi abondante, ne se produisant que dans le décubitus horizontal, devait provenir d'une cavité pulmonaire ou pleurale. Quelle était la nature et le siège de cette caverne. L'absence de tout antécédent personnel ou héréditaire, la localisation bien nette de la lésion, le début subit des accidents, l'absence de fibres

élastiques et de bacilles de Koch dans les crachats, la conservation d'un état général satisfaisant permettaient d'éliminer l'hypothèse de caverne tuberculeuse. L'existence d'une dilatation bronchique était à rejeter en raison du début brusque des accidents, sans affection pulmonaire antérieure, du siège de la lésion qui n'était pas celui de la bronchectasie, de la non superposition des couches, dans le liquide expectoré, de la non-fétidité des crachats. L'évolution lente, la conservation d'un assez bon état général, l'absence de crachats noirâtres et fétides, l'absence de fibres élastiques dans le liquide d'expectoration devaient faire écarter l'hypothèse de gangrène pulmonaire.

La syphilis pulmonaire qui occupe d'ordinaire la partie moyenne et postérieure du poumon était à rejeter, d'autant qu'il n'existait aucun antécédent syphilitique.

L'absence de fibres élastiques et de débris sphacelés dans le liquide expectoré, la diminution des vibrations thoraciques plaident contre l'hypothèse d'une caverne pulmonaire et en faveur d'un *pyopneumothorax du sommet ouvert dans les bronches*.

Traitement. — Suralimentation. Inhalations d'eucalyptus. Ingestion de cacodylate de soude et de thiocol.

En septembre, l'état général est moins bon, l'amaigrissement s'est accentué. Légère albuminurie. Légère augmentation de la rate. Œdème des jambes.

La toux présente toujours les mêmes caractères. En arrière les signes stéthoscopiques n'ont pas changé. En avant la matité est plus étendue (deux premiers espaces intercostaux), le souffle est plus fort, à timbre légèrement caverneux, accompagné de gargouillement, de bruit de fistule ; la voix

est caverneuse, il existe du bruit d'airain de la pectoriloquie aphone.

Les crachats ne renferment ni fibres élastiques, ni bacilles de Koch. La radioscopie montre l'existence d'une opacité au niveau de la région sous-claviculaire.

Après consultation entre les D^{rs} Carrière et Vanverts, l'intervention est reconnue nécessaire en raison de l'aggravation de l'état général, de l'existence de signes qui font craindre la dégénérescence amyloïde du foie et des reins, de la localisation parfaite de la lésion et de la nature non-tuberculeuse de celle-ci.

Opération (25 sept. 1906). — Incision le long de la deuxième côte, commençant un peu en dehors du bord gauche, du sternum et mesurant 10 centimètres environ. Résection sous-périostée de 5 centimètres de cette seconde côte. A la partie interne de la plaie, dans la profondeur, on aperçoit du tissu cellulaire lâche sous lequel on ne sent aucune induration. Dans les deux tiers externes de la plaie, au contraire, les tissus profonds sont indurés et gris bleuâtre. J'incise superficiellement ces tissus au bistouri, puis je les effondre avec le doigt et je pénètre à quelques millimètres de profondeur dans une cavité à parois irrégulières qui communique en arrière par un orifice étroit avec une autre cavité plus volumineuse, à parois lisses, limitée en arrière et à gauche par le gril costal, en bas par le poumon. Ces deux cavités sont vides. On n'entend aucun sifflement d'air, ni à l'inspiration, ni à l'expiration.

J'excise encore 2 centimètres de la seconde côte en dehors. Un drain n° 45 et placé dans la poche postérieure à travers l'orifice qui la fait communiquer avec l'antérieure et que j'ai

agrandi. La plaie est légèrement rétrécie par quelques sutures.

L'opération, très simple et très rapidement menée, a été très bien supportée.

Dans la soirée, frissons et élévation de température à 40 degrés.

26 septembre (lendemain de l'opération). — Matin : état satisfaisant. Pouls bien frappé. Température 37°5. Le suintement par le drain a été peu abondant. Soir 38°5. Expectoration assez abondante pendant la nuit.

27 septembre. — Matin 38°5. Le suintement par le drain a été un peu plus abondant. A peine avais-je enlevé le pansement qu'un écoulement extrêmement abondant de sang rouge, sans caillots, se produit par le drain. A chaque inspiration un véritable flot de sang est expulsé. L'air entre dans la cavité et en sort à chaque mouvement respiratoire. Une quinte de toux amène quelques crachats sanglants. Le malade pâlit.

J'enlève le drain et fais un tamponnement de la cavité avec de la gaze. La gaze s'imbibe rapidement de sang et l'écoulement se reproduit très abondant. J'enlève la gaze et fais un second tamponnement plus serré, puis j'exerce avec un bandage de corps une forte compression.

L'opéré est mis au calme absolu. Il absorbera des boissons froides et 4 grammes de chlorure de calcium dans la journée, 1,500 grammes de sérum artificiel sont injectés en trois fois dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Le soir, le pouls qui était monté à 140 après l'hémorragie est revenu à 120, mais il est petit. Je constate que le pouls radial gauche est semblable au pouls radial droit.

28 septembre. — État de faiblesse accusé. Pouls meilleur. Matin 38°5. Soir 39°8. Le chlorure de calcium est continué, 500 grammes de sérum.

29 septembre. — Matin 39°7, après hésitation, je me décide à enlever le tamponnement pour assurer l'évacuation des liquides septiques. L'hémostase doit s'être faite puisque le tamponnement date de quarante-huit heures. A peine ai-je commencé à attirer quelques mèches de gaze que l'écoulement de sang rouge se reproduit, plus abondant que précédemment et en même temps par la bouche. C'est une véritable inondation contre laquelle tous mes efforts restent vains. En deux ou trois minutes l'opéré perd connaissance. Son pouls très faible se ralentit : l'hémostase se fait alors spontanément et le sang qui s'écoule peu abondamment devient noir. La mort survient au bout de dix minutes environ. Malgré le tamponnement serré de la cavité, les deux pouls radiaux étaient restés semblables.

Pleurésies séreuses

OBSERVATION XIII

(Andral) (1).

Épanchement pleurétique du sommet gauche avec pseudo-membranes cartilagineuses et osseuses. — Mélanose pulmonaire. — Mort. — Autopsie.

Un menuisier âgé de soixante-huit ans éprouve une gêne habituelle de la respiration depuis cinq à six mois, il est essoufflé dès qu'il marche. Cet état est survenu peu à peu

1. Andral, *Clinique médicale*, II, Paris, 1824.

sans qu'aucune maladie l'ait précédé. Le malade n'a jamais ressenti aucune douleur thoracique. Il entre à la Charité le 12 janvier 1821, il est faible, pâle et très [maigre, la respiration est courte, accélérée, la parole entrecoupée, haletante, le décubitus horizontal impossible. La poitrine percutée ne résonne que médiocrement à droite depuis la clavicule jusqu'au sein, dans ce même espace le bruit respiratoire est net, mais faible. A gauche le son est très mat dans les fosses sus et sous-épineuses ainsi que latéralement et en avant dans l'espace compris entre la clavicule et le sein : en se rapprochant du sternum à cette même hauteur la matité diminue. *Le bruit respiratoire est nul*, là où le son est très mat, on l'entend faiblement, mais sans râles près du sternum. Dans toute cette étendue la voix présente une résonance qu'elle n'a point ailleurs : on n'entend pas toutefois le véritable chevrotement qui constitue l'égophonie. Dans les autres points du thorax, c'est-à-dire dans l'étendue des deux lobes inférieurs le son est clair et le bruit d'expansion pulmonaire très intense. La toux est rare, l'expectoration peu abondante, catarrhale, le pouls fréquent et régulier, la peau sans chaleur fébrile, les fonctions digestives intactes.

Le lendemain 13, signes d'inflammation gastro-intestinale, langue rouge et sèche, soif vive, ventre ballonné et douloureux, diarrhée, pouls fréquent et peau chaude.

14 janvier. — Léger délire, langue moins rouge et moins humide, grande dyspnée, état stationnaire.

16 janvier. — Amélioration sous le rapport des voies digestives et du cerveau : persistance de la dyspnée ; 17 et 18, alternatives de délire et de bon sens, langue sèche, prostration de plus en plus grande.

Les trois jours suivants dépérissement rapide, gêne toujours croissante de la respiration : mêmes renseignements par l'auscultation et la percussion. Dans la matinée du 21 le malade paraît insensible à toutes les manifestations extérieures, l'œil est éteint, la bouche entr'ouverte, la respiration râlante, la vie animale anéantie. Mort dans la journée.

Autopsie. — Le côté gauche du thorax depuis la première côte jusqu'à la cinquième ou sixième est occupé par un liquide *limpide et incolore* qui a refoulé vers le médiastin le lobe supérieur du poumon de ce côté.

La cavité qui contient ce liquide est limitée en bas par des fausses membranes, qui s'étendent des côtes aux poumons et forment comme une cloison qui sépare en deux étages la cavité de la plèvre gauche. Le poumon est tapissé par des pseudo-membranes d'une épaisseur et d'une consistance remarquables. Leur aspect présente assez d'analogie avec celui des cartilages inter-articulaires : en plusieurs points, elles offrent de petits noyaux de substance osseuse ; le lobe inférieur du poumon gauche est sain et libre d'adhérences.

OBSERVATION XIV

(Guinon) (1).

Pleurésie chronique du sommet droit. — Troubles circulatoires secondaires. — Mort. — Autopsie.

G..., voyageur de commerce, entre à l'hôpital en février 1887.

26 février. — Depuis plusieurs années, G... est facilement oppressé. L'examen du thorax ne donne pas de déformation

1. Guinon, *Bulletins de la Société anat.*, nov. 1887. Obs. résumée.

appréciable, mais une diminution de la sonorité devenue véritable matité au sommet gauche en avant. Aux deux bases l'observation ne donne que de la submatité. On perçoit un murmure vésiculaire très affaibli en avant sous les deux clavicules avec quelques râles sous-crépitants: en avant gros râles sous-crépitants dans les deux fosses sus-épineuses, râles fins aux bases, souffle léger à la base droite. La température prise tous les jours est absolument normale.

Autopsie, 29 février. — La plèvre droite renferme dans sa partie supérieure un épanchement séreux, homogène (1 litre au plus), mais sa partie inférieure, le cul-de-sac costo-diaphragmatique et la gouttière costo-vertébrale sur une hauteur de 15 centimètres sont comblés par une masse fibreuse qui a pris la place du poumon sur une grande étendue. Cette production dont le volume est égal à celui des deux poings et dont l'épaisseur atteint par places 6 centimètres est extrêmement dure et réunit en une seule masse la plèvre, le diaphragme, le poumon constituant ainsi une sorte de tumeur fibreuse. Elle est homogène, jaune grisâtre, formée de couches stratifiées d'épaisseur inégale. Elle adhère fortement à ce qui l'entoure.

OBSERVATION XV

(M. Gouget) (1).

Pleurésie séreuse du sommet droit.

Ponction. — Guérison.

L. ..., trente-deux ans, employé, entre le 28 février à l'hôpital Saint-Antoine, salle Béhier, parce qu'il a de la fièvre et qu'il tousse. A part une fièvre thyphoïde à l'âge de cinq ans,

1. Gouget, *Bull. de la Soc. méd. des Hôpitaux*, 19 mai 1910.

il a toujours été bien portant. Cependant il s'enrhume facilement l'hiver.

L'affection actuelle a débuté le 22. Il se sentait fatigué depuis quelques jours, lorsque à cette date il ressentit un point de côté sous le mamelon droit. En même temps il perdait l'appétit et éprouvait des maux de tête surtout le soir.

Le point de côté persiste quelques jours, s'accompagnant de toux quinteuse, sans expectoration, et de fièvre. Voyant qu'il n'allait pas mieux le malade se décida à entrer à l'hôpital.

Le jour de son entrée, le point de côté a beaucoup diminué et il se plaint surtout de tousser, la température est à 39 degrés : le pouls ne dépasse pas 94. L'auscultation et même le palper font constater des frottements pleuraux à la base droite, sur la ligne axillaire. Dans le reste du poumon on ne trouve que des signes de bronchite diffuse. Rien du côté des autres organes.

Les jours suivants, la température faiblement rémittente monte progressivement pour atteindre 40°2 le soir du 4 mars. Ce même jour, le malade a une épistaxis. Le pouls ne dépasse pas 100. Les symptômes thoraciques sont moins accusés. Le point de côté a complètement cessé ; la toux est moins fréquente et moins quinteuse ; il n'y pas de dyspnée : les frottements ont disparu. On ne constate toujours rien du côté des autres organes.

Malgré cette amélioration apparente la température reste élevée, en plateau entre 39°7 et 39°9. L'hypothèse d'une fièvre typhoïde est alors discutée. La hauteur et la continuité de la fièvre, la lenteur relative du pouls, l'épistaxis survenu quelques jours auparavant pouvaient y faire penser, malgré l'absence de tout symptôme abdominal (diarrhée, taches

rosées, grosse rate, etc.). Et, en effet, le séro-diagnostic, fait le 6 mars, dans des conditions d'ailleurs défectueuses parut donner un résultat positif.

Le malade fut soumis aux bains à 30 degrés, et, sous leur influence, la fièvre tomba à 39 degrés, puis à 38°6. Pourtant le diagnostic de fièvre typhoïde ne nous satisfait pas. Le malade, malgré sa température élevée, n'avait à aucun degré l'habitus, le facies du typhique et les symptômes abdominaux continuaient à manquer sur toute la ligne. Aussi le résultat positif de la séro-réaction nous paraissait-il devoir être attribué à l'ancienne fièvre typhoïde malgré sa date reculée. Au surplus, l'épreuve fut faite une seconde fois le 14, puis à quelques jours de distance une troisième fois, dans des conditions offrant toutes garanties d'exactitude, le résultat fut les deux fois négatif (au 1/50). Il ne s'agissait donc pas de fièvre typhoïde.

Nous fûmes amené ainsi à penser à une septicémie bacillaire, une typho-bacillose. C'est alors (16 mars) qu'examinant avec soin les sommets du poumon pour dépister le point de départ de cette poussée aiguë, nous trouvâmes sous la clavicule droite, dans les deux premiers espaces intercostaux, une matité franche avec diminution des vibrations et du murmure vésiculaire. En arrière, nous ne trouvions rien de particulier, à part une légère submatité au sommet, et sur toute la hauteur une certaine diminution de la respiration par rapport au côté opposé.

Au premier abord, nous pouvions voir là la confirmation du diagnostic, et admettre l'existence d'une infiltration tuberculeuse étendue du sommet droit. Mais dans cette hypothèse une pareille matité s'accommodait mal de l'absence de

tout souffle et de tout râle. Il fallait donc envisager l'éventualité d'une pleurésie du sommet.

Aussi, le 18 mars, l'un de nous (M. Agasse-Lafont) pratiqua-t-il dans le second espace intercostal droit une ponction exploratrice qui ramena un liquide citrin. L'examen du culot de centrifugation montra de nombreux globules rouges et lymphocytes, quelques mononucléaires et seulement ça et là un polynucléaire.

Le même jour, M. Bécèle, que nous tenons à remercier de son obligeance ainsi que M. Jaugeas, voulut bien prendre une radiographie du malade.

Sur l'image radiographique, représentant le thorax vu par la face postérieure, on constate nettement une opacité occupant la totalité des trois premiers espaces intercostaux, une grande partie du quatrième sauf la portion juxta-vertébrale et empiétant même sur le cinquième. Cette zone opaque est limitée inférieurement par une ligne régulièrement courbe, à concavité supérieure, *signe de valeur pour faire admettre une poche liquide plutôt qu'une infiltration pulmonaire.*

L'obliquité des espaces intercostaux explique comment la poche liquide n'est en rapport en avant qu'avec les deux premiers espaces. Au-dessous de la zone opaque, en arrière, se voit une zone demi-claire, contrastant nettement avec la franche clarté de tout le côté opposé.

Cinq jours plus tard (le 26 mars) la percussion décelait en arrière, à la base droite, de la submatité avec diminution des vibrations et disparition presque complète du murmure vésiculaire. Une ponction pratiquée dans le dixième espace ramenait un liquide citrin, semblable au point de vue cytologique à celui du sommet. Sans retirer l'aiguille on pratiquait

alors l'évacuation complète du liquide et l'on retirait ainsi 150 centimètres cubes.

Les jours suivants la matité tendait à disparaître, sous la clavicule comme à la base, en même temps que le murmure vésiculaire s'entendait mieux.

30 mars. — Une nouvelle ponction exploratrice restait négative au sommet ; à la base on retirait 20 centimètres cubes d'un liquide légèrement hémorragique, offrant toujours la même formule lymphocytaire.

Parallèlement à l'amélioration de l'état local, la température s'abaissait très progressivement, en même temps qu'augmentait la diurèse. Mais ce n'est que le 8 avril, c'est-à-dire plus de six semaines après le début que l'apyrexie était complète.

A cette date, on ne trouvait plus qu'une légère diminution de la sonorité à la partie interne du premier espace tout contre le sternum, mais les vibrations et le murmure vésiculaire étaient tout aussi nets que du côté opposé. D'ailleurs un second examen radioscopique ne montra plus rien d'anormal. Le malade, quelques jours plus tard, partit en convalescence à Vincennes.

ANATOMIE DU SOMMET DU POUMON

Certains signes notés dans plusieurs des observations que l'on vient de lire, les mouvements convulsifs du bras, par exemple, dans l'observation de Rispal, la bouffissure de la face chez le petit malade de Moizard, peuvent paraître extraordinaires au premier abord. Ils s'expliquent si l'on connaît l'anatomie du sommet du poumon.

Le cul-de-sac supérieur de la plèvre coiffe le poumon à la façon d'une calotte, il est logé à la partie inférieure du creux sous-claviculaire dans un espace limité en dedans par l'œsophage et la trachée, en arrière par la colonne vertébrale; en avant et en dehors par la première côte. Suivant les sujets, le cul-de-sac est très étendu en surface ou, au contraire, « blotti » dans l'angle formé par la colonne vertébrale et la première côte. Quant à sa hauteur au-dessus de la partie antérieure de cette dernière, elle est très variable, mais, en général, estimée à 3 centimètres. Pour Sébilleau et pour Testut, il n'y a pas de différence entre les deux côtés.

La plèvre est maintenue en place par un système de faisceaux fibreux ou musculaires auquel Sébilleau donne le nom d'appareil suspenseur de la plèvre.

Cet appareil se compose de deux faisceaux confondus plus ou moins à leur extrémité antéro-inférieure, mais s'insérant en haut et en arrière en des points différents.

L'un de ces faisceaux (faisceau superficiel), plus souvent musculaire que fibreux, se détache du dôme pleural par quelques fibres de la première côte et remonte se fixer au tubercule antérieur de la septième cervicale : on l'appelle, suivant sa constitution, pleuro-transversaire, muscle transverso-pleural, ou muscle costo-pleuro-transversaire. Il est toujours placé en arrière de l'artère sous-clavière au-devant de la dernière paire cervicale.

L'autre faisceau (faisceau profond) est toujours fibreux. Il se détache du haut de la première côte à 3 centimètres environ de son articulation avec la vertèbre, se porte en bas et en dehors et se divise bientôt en deux faisceaux secondaires, l'un interne, l'autre externe. Le faisceau interne (ligament costo-pleural interne) se porte en bas, un peu en dedans, pour s'étaler en éventail sur le cul-de-sac pleural en arrière du muscle pleuro-transversaire. D'autre part, le faisceau externe (ligament costo-pleural externe), à partir de son insertion costale, s'épanouit rapidement, en sorte que ses fibres externes vont s'implanter sur le bord interne de la première côte, ses fibres internes sur le dôme pleural, à côté de celles du ligament costo-pleural interne. Sébilleau ajoute au muscle pleuro-transversaire et aux ligaments costo-pleuraux un troisième système ligamenteux :

le ligament vertébro-pleural qui, se détachant des corps vertébraux, va s'insérer sur le côté interne et supérieur du dôme pleural. Suivant que cet appareil va s'insérer sur le côté interne et supérieur du dôme pleural ou sur son versant antérieur, la calotte présente une convexité plus ou moins marquée. On s'explique ainsi que, suivant les cas, la plèvre déborde le thorax dans des proportions différentes et que tantôt l'artère sous-clavière passe au-dessus du dôme pleural en y laissant son sillon, tantôt croise seulement sa face antérieure.

Le ligament vertébro-pleural forme avec le muscle ou ligament pleuro-transversaire une sorte de fossette, située en haut et en arrière du cul-de-sac pleural. Les parois de cette fossette, dite sus-rétro-pleurale, sont formées par la bandelette vertébro-pleurale en dedans, le muscle pleuro-transversaire en dehors, en arrière par l'extrémité postérieure des deux premiers côtés et la colonne vertébrale, en avant par la paroi postérieure du dôme pleural. Ce creux est rempli par du tissu cellulo-adipeux au milieu duquel sont situés plusieurs ganglions lymphatiques peu volumineux. L'artère intercostale supérieure le traverse et quelquefois l'artère sous-clavière. Enfin on y trouve toujours le troisième ganglion cervical du sympathique et ses branches anastomotiques.

La présence d'un épanchement dans cette région modifie les rapports de cet appareil ligamenteux ; la réplétion du cul-de-sac pleural pourra exercer

une compression sur les gros vaisseaux artériels et veineux dont nous avons vu les rapports avec la plèvre.

La dernière paire cervicale passe immédiatement en arrière du muscle pleuro-transversaire et non loin de la plèvre, de même que la première paire dorsale se glisse entre les deux ligaments costo-pleuraux d'où pour eux possibilité de compression se traduisant par des troubles nerveux dans le bras.

Enfin les nombreux organes de la fosse sus-rétro-pleurale sont, plus encore que les précédents, exposés à des altérations diverses dans les cas d'épanchement abondant de la plèvre et l'on conçoit la possibilité de phénomènes nerveux et partant de troubles oculo-pupillaires si le ganglion sympathique vient à être irrité.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les épanchements limités peuvent occuper les différents points de la plèvre : base, région moyenne ou sommet ; ils peuvent être situés en avant ou en arrière ; nous avons ainsi des pleurésies diverses : pleurésie médiastine, pleurésie interlobaire, pleurésie diaphragmatique, pleurésie du sommet.

Des conditions spéciales sont nécessaires pour la localisation de l'épanchement au sommet : naturellement il aurait tendance à gagner la base du poumon s'il n'était retenu par des adhérences qui le circonscrivent. Ces adhérences peuvent être de date récente et formées avant l'épanchement proprement dit : c'est ce qui arrive par exemple au cours d'une pneumonie du sommet qui sera suivie d'une pleurésie localisée à la région, nous en avons des exemples dans les observations de Rispal, de Moizard.

Elles peuvent se constituer au cours même d'une pleurésie de la grande cavité pour isoler le sommet de la plèvre où se localisera le pus.

Elles peuvent dater d'une maladie antérieure comme dans l'observation de Comby où le malade

avait eu dix ans auparavant une pleuro-pneumonie qui avait laissé à sa suite des douleurs pleurodyniques.

« Ne faut-il pas, dit Comby, faire intervenir ici l'existence d'adhérences anciennes, reliquat de cette pleuro-pneumonie que nous trouvons dans les antécédents du malade, adhérences qui ne sont pas rare chez les arthritiques et qui expliquent les accès pleurodyniques éprouvés autrefois par le malade. »

Ces adhérences forment avec la plèvre pariétale et la plèvre viscérale une poche dont la paroi est épaisse, indurée, résistante, de consistance inégale, sclérosée par places, plus mollassse en d'autres points, parfois même comme dans l'observation d'Audral, on peut avoir des pseudo-membranes très épaisses et très consistantes ayant un aspect cartilagineux.

La poche ainsi formée n'est pas toujours fermée, elle peut communiquer avec l'extérieur, soit directement par une fistule, comme dans les observations de Voisin et de Lambotte, soit indirectement par l'intermédiaire des bronches après une vomique comme dans les observations de Comby, de Cérenville et de Carrière et Vauverts.

Le liquide qu'elle contient peut être en petite quantité ou en grande quantité ($\frac{3}{4}$ de litre dans l'observation de Moizard). Tantôt il est séreux, tantôt purulent; l'aspect du pus varie suivant les cas et la nature des éléments microbiens qu'il renferme, il est blanc, crémeux, sans odeur dans l'observation

de Rivet, blanchâtre et visqueux, dans celle de Ris-
pal, verdâtre, sans odeur dans celle de Moizard. Si
nous recherchons à quels microbes sont dus les
aspects différents du pus que nous constatons, nous
voyons que Rispal a trouvé le bacille encapsulé de
Friedlander par cultures et inoculations, Moizard
le pneumocoque, Carrière et Vanverts, des diplo-
coques, des streptocoques, des tétragènes Bezy et
Bauby, du streptocoque, du staphylocoque, du coli-
bacille.

SYMPTOMES DE LA PLEURÉSIE DU SOMMET

Nous avons maintenant à donner les signes qui nous permettront de reconnaître une pleurésie du sommet : nous trouvons les éléments de ce tableau dans les observations publiées ; nous voyons que certains symptômes sont communs à la pleurésie purulente et à la pleurésie séreuse, mais nous ferons une place à part aux pleurésies dans lesquelles une vomique survenue a modifié le tableau clinique.

PLEURÉSIES DU SOMMET FERMÉES

Le mode de début de la pleurésie enkystée du sommet ne se distingue pas de celui qu'on a dans les autres formes de pleurésie : tantôt c'est un début lent, insidieux, tantôt c'est un début violent, ou bien *le malade est examiné pour une affection dont les symptômes cachent tout d'abord ceux de la localisation pleurale*. Dans l'observation de Moizard, par exemple, c'est la pneumonie qui se révèle tout d'abord, dans celle de Bauby on cherche du côté de

l'intestin, dans celle de M. Gouget on pense à la typho-bacillose.

Quoi qu'il en soit, un examen attentif amène la découverte de signes dont l'ensemble permet de conclure à une pleurésie du sommet.

Nous passerons successivement en revue les signes que nous donnent les moyens d'investigation ordinaire : l'inspection, la palpation, l'auscultation, la percussion, auxquels nous joindrons la radiographie. Les symptômes physiques que nous observerons ne seront pas sensiblement différents de ceux que nous avons dans un épanchement de la grande cavité.

Inspection. — Souvent nous avons constaté une légère déformation de la partie antéro-supérieure du thorax ; les premiers espaces intercostaux sont soulevés et on a parfois une véritable voussure sous-claviculaire qui s'étend sur les deux, trois ou quatre premiers espaces intercostaux. Dans aucun cas, la déformation n'est très marquée et la déviation du sternum concomitante n'est que peu marquée, en raison de la situation de l'épanchement ; si l'épanchement est purulent, nous trouverons les veines superficielles dilatées au niveau de la voussure sous-claviculaire et parfois même un peu d'œdème.

Palpation. — Comme dans une pleurésie ordinaire, les vibrations thoraciques disparaissent au niveau de l'épanchement : c'est ainsi que les vibrations sont complètement abolies, en avant, jusque sous la clavicule, dans l'observation de Moizard, alors qu'elles sont augmentées, en arrière, à la même

hauteur; ceci tient à la répartition en avant du liquide qui refoule en arrière le poumon dont le tissu, légèrement condensé, transmet les vibrations plus facilement qu'à l'état normal.

Percussion. — Si nous percutons l'endroit où les vibrations nous ont paru abolies, nous trouvons une matité absolue, la sonorité normale a disparu et on n'a pas la sensation d'élasticité que l'on perçoit normalement. En arrière, au niveau du tissu condensé, on observera de la matité ou de la submatité suivant l'état du poumon et la répartition du liquide. En somme, on peut trouver ici de la matité sous la clavicule jusqu'à la quatrième côte, alors que la sonorité de l'espace de Traube est conservée; c'est le contraire de ce que l'on trouve dans les pleurésies qui prennent toute la cavité pleurale et où l'on rencontre du skodisme sous la clavicule.

Auscultation. — Le murmure vésiculaire est affaibli ou même complètement aboli dans toute la zone de l'épanchement; si le poumon est refoulé en arrière on pourra entendre à ce niveau un souffle tubaire intense, rude, s'accompagnant parfois de gros râles à caractère presque humide. Dans certaines observations, on note de la bronchophonie et de l'égophonie, mais elles peuvent manquer.

Les *symptômes fonctionnels* peuvent être hors de proportion avec la quantité de liquide épanché, ceci tient à la localisation de l'épanchement qui peut comprimer les organes du cou et du médiastin supérieur, comme nous l'avons indiqué au chapitre d'ana-

tomie topographique. La toux est souvent peu marquée et l'expectoration peut manquer ou être peu abondante.

La *radiographie* nous rendra ici un grand service ; normalement le sommet du poumon donne sur la plaque radiographique une zone claire ; s'il est le siège d'un épanchement nous aurons une opacité qui nous indiquera les limites de l'épanchement.

PLEURÉSIES DU SOMMET OUVERTES

L'épanchement pleural livré à lui-même peut se résorber comme dans l'observation de Saint-Philippe, soit se développer de plus en plus, il viendra alors un moment où il se fera jour à l'extérieur, soit par l'intermédiaire des bronches constituant *une vomique*, soit directement à travers la paroi costale, on a *un empyème de nécessité*.

Les *symptômes* que nous avons décrits précédemment se trouvent alors modifiés. C'est ainsi qu'après la vomique, la voussure sous-claviculaire s'efface et peut même disparaître complètement si l'évacuation de la poche est suffisante. Les vibrations thoraciques reparaissent. La matité fait place à la submatité et que quelquefois même la sonorité reparaît, on entend de nouveau le murmure vésiculaire et l'on perçoit des frottements pleuraux. En même temps les symptômes fonctionnels s'amendent, la dyspnée disparaît, les troubles circulatoires ou nerveux disparaissent.

Généralement la fièvre tombe assez rapidement, mais si la poche n'a pas été vidée en une seule fois, elle peut reparaitre jusqu'à ce qu'elle soit complètement évacuée.

DIAGNOSTIC

Les symptômes de la pleurésie du sommet ne lui appartiennent pas en propre, c'est en les groupant qu'on peut arriver à faire le diagnostic. La ponction exploratrice nous renseigne sur la nature de l'épanchement.

Passons en revue les affections qui pourraient nous donner le change. Si la pleurésie est fermée nous pourrions songer à une pneumonie au début, mais nous ne trouverons ici ni voussure de la fosse sous-claviculaire, ni circulation veineuse collatérale; le souffle de la pleurésie diffère du souffle tubaire par son timbre et apparaît à l'expiration. L'expectoration spéciale à la pneumonie, l'évolution cyclique de la maladie nous mettront sur la voie du diagnostic.

La pneumonie chronique, la sclérose pulmonaire pourraient en imposer peut-être pour une pleurésie : souvent l'état général est mauvais, il y a de la dyspnée, on constate de la matité, des vibrations à peine sensibles, une respiration soufflante et les commémoratifs pourraient faire hésiter, mais dans la pleurésie les vibrations sont complètement abolies, le murmure vésiculaire a disparu, s'il existe un

souffle il apparaît à l'expiration, il s'accompagne de pectoriloquie et d'égophonie.

L'abcès du poumon consécutif à une bronchite ou à une broncho-pneumonie est d'un diagnostic plus délicat, et l'état fébrile, la matité, la diminution du murmure vésiculaire pourraient faire hésiter. La vomique vient fixer les idées : si elle est consécutive à une pleurésie du sommet, elle s'accompagne des signes d'un pneumothorax succédant à l'évacuation du liquide pleural, au contraire l'abcès du poumon en se vidant dans les bronches permet un retour à un état presque normal.

On pourrait songer à la tuberculose, comme dans l'observation de Saint-Philippe, à une caverne pulmonaire ; celle-ci sera différenciée par l'exagération des vibrations thoraciques, les modifications des signes stéthoscopiques suivant l'état de réplétion ou de vacuité de la caverne.

On constate, par exemple, un amaigrissement prononcé, un état fébrile avec exacerbation vespérale, on apprend que quelques jours auparavant la fièvre a été plus vive, l'état général plus mauvais. Actuellement le malade tousse ou se plaint d'une vague douleur au sommet du poumon, ou d'un point de côté, la percussion est douloureuse et révèle de la matité sous la clavicule ou dans la fosse sus-épineuse. La respiration s'entend à peine en avant et on ne perçoit guère que quelques râles sous-crépitants de temps en temps ; en arrière, les signes sont à peu près les mêmes, mais en se rapprochant

de la colonne vertébrale on entend un souffle de tonalité élevée, surtout accentué à l'expiration. Ces symptômes feraient croire à une tuberculose au début s'accompagnant d'adénopathie trachéo-bronchique, alors qu'ils seraient l'indice d'un épanchement refoulant le poumon en arrière : celui-ci donnerait lieu au souffle tandis qu'à la limite de l'épanchement le parenchyme pulmonaire un peu congestionné laisse percevoir de temps en temps quelques râles sous-crépitaux. Les vibrations thoraciques sont conservées dans la tuberculose, alors qu'elles sont abolies dans la pleurésie ; la pectoriloquie et l'égophonie manquent dans la tuberculose. La radioscopie vient ici à notre aide ; *si la zone opaque est limitée inférieurement par une ligne régulièrement courbe*, à concavité supérieure, nous devons admettre plutôt une poche liquide qu'une infiltration pulmonaire.

Si la *pleurésie est ouverte* à la suite de vomique, le diagnostic est à faire avec la caverne tuberculeuse, la dilatation bronchique, la gangrène pulmonaire, la syphilis du poumon.

Dans le cas de *caverne* on a des antécédents personnels et héréditaires, les lésions sont souvent bilatérales, le début n'est pas brusque, l'état général est mauvais, il y a eu des hémoptysies, enfin l'examen de l'expectoration fait découvrir du bacille de Koch, parfois des fibres élastiques.

C'est ici le cas de rappeler la communication de M. Hirtz sur les « vomiques nummulaires », simulant

la tuberculose pulmonaire ; l'expectoration était abondante dans l'observation de Saint-Philippe, mais elle l'est peu dans celle de Bezy et Bauby. « Il existe une forme de vomiques nummulaires qui, par elles-mêmes et les symptômes qui les accompagnent, simulent parfaitement la tuberculose pulmonaire. » L'examen bactériologique des crachats devra être pratiqué systématiquement : *l'absence des bacilles de Koch sera souvent l'indice révélateur d'un diagnostic erroné.* Dès lors la radiographie viendra montrer l'existence d'une opacité anormale qu'une bonne interprétation clinique rapportera facilement à l'existence d'une collection purulente. Et de la sorte un certain nombre de malades ne seront plus étiquetés tuberculeux, l'expectoration et les signes concomitants seront rapportés à leur vraie cause, pleurésie enkystée le plus souvent interlobaire, diaphragmatique ou autre. »

Dans la *dilatation bronchique* le début est lent, les crachats sont très fétides, et le liquide expectoré se superpose en trois couches superposées caractéristiques.

Dans la *gangrène pulmonaire*, la maladie évolue plus rapidement, les crachats sont vert noirâtre, fétides, ils contiennent des fibres élastiques, du pus, du sang, des bactéries variées.

Dans le *kyste hydatique* du poumon, la vomique est très abondante et dans le pus expectoré on trouve des débris de membranes ou des vésicules et des crochets d'échinocoques.

Dans la *syphilis* du poumon on trouve des antécédents syphilitiques, des stigmates ou des lésions en évolution : érostoses, cicatrices, lésions viscérales, la réaction de Wassermann vient nous fixer définitivement, si elle est positive.

TRAITEMENT

Le diagnostic de pleurésie du sommet une fois établi, quelle devra être notre attitude. Elle diffèrera selon que nous nous trouverons en présence d'une pleurésie séreuse ou d'une pleurésie purulente.

S'il s'agit de pleurésie séreuse, l'évacuation du liquide qui suit la ponction exploratrice peut amener la disparition des symptômes et permet le retour à l'état normal : c'est ce que l'on note dans l'observation de M. Gouget dans laquelle, après ponction, la radiographie ne révèle plus rien d'anormal à l'endroit où quelques jours auparavant se trouvait une zone d'opacité.

En ce qui concerne les pleurésies purulentes, nous notons l'apparition d'une vomique dans les observations de Saint-Philippe, de Cerenville, de Carrière et Vanverts, de Comby, elle est suivie d'une guérison rapide dans le cas de Comby et ne survient qu'au bout de cinq mois dans celui de Saint-Philippe. Dans les autres cas, une intervention est nécessaire. La ponction devra être d'abord essayée, et, si elle n'est pas suivie d'une amélioration nette, elle doit être suivie d'une large incision.

S'il y a eu vomique, quand l'évacuation spontanée est suffisante et que la fièvre tombe brusquement ou peu à peu, mais assez vite, on devra s'abstenir ; mais si l'épanchement ne paraît pas diminuer, si la fièvre remonte, le malade perdant progressivement ses forces, il faudra vider la poche après résection costale. Nous retrouvons ici les règles qui nous guident dans le traitement des pleurésies purulentes de la grande cavité.

CONCLUSIONS

La pleurésie peut se trouver localisée au sommet : le poumon est alors refoulé plus ou moins directement en bas et l'épanchement peut entrer en contact avec les vaisseaux et les nerfs de la base du cou.

Les observations publiées sont peu nombreuses, mais certaines montrent bien l'intérêt qu'il y a à reconnaître cette « variété anormale » de pleurésie.

L'épanchement est séreux ou purulent, plus fréquemment purulent d'après les observations recueillies.

Son siège, à la partie supérieure du thorax, entraîne quelques modifications au tableau clinique des pleurésies : on trouve de la matité là où la pleurésie de la grande cavité donne du skodisme. Une voussure sous-claviculaire accompagne souvent l'épanchement.

Des troubles très particuliers de compression nerveuse ou vasculaire peuvent exister, ils portent surtout sur le grand sympathique cervical et les vaisseaux du membre supérieur.

Dans la pleurésie purulente, l'empyème de nécessité et la vomique sont des complications très fréquentes.

Le diagnostic est ordinairement difficile à établir, le malade est souvent examiné tout d'abord pour une affection dont les symptômes cachent ceux de la localisation pleurale : d'où la nécessité d'un examen attentif.

La tuberculose du sommet devra être éliminée avec soin, en présence d'une pleurésie séreuse on songerait à une infiltration tuberculeuse du sommet, d'une pleurésie purulente ouverte, surtout si on a des « vomiques nummulaires » à une caverne pulmonaire. La ponction exploratrice et la radioscopie redresseront le diagnostic.

La pneumonie du sommet, la dilatation bronchique, la gangrène pulmonaire, le kyste hydatique et la syphilis du poumon auront été également éliminés.

La ponction évacuatrice suffira dans la pleurésie séreuse.

Dans la pleurésie purulente, il lui faudra parfois céder la place à l'incision et même à la résection costale si la collection purulente ne s'évacue pas d'une façon suffisante.

Vu : le Président de la thèse,

DEBOVE

Vu : le Doyen,

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRAL. — *Clinique médicale*. Paris, 1824.
- BONCOUR. — *Considérations cliniques et thérapeutiques sur les pleurésies purulentes de l'enfance*. Thèse de Paris, 1897, n° 68.
- BEZY et BAUBY. — *Suppuration de la plèvre* (*Archives de Médecine des Enfants*. Paris, 1901, p. 30).
- BOUVIER. — *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*. Paris, 1864, 2^e s., I, p. 141.
- BRODIER. — *De la Répartition des épanchements séro-fibrineux dans la cavité pleurale*. Thèse de Paris, 1816, n° 220.
- BURNEY (Yéo). — *De la Pleurésie du sommet sans tuberculisation sous-jacente* (*Brit. Med. Ass. in British Med. Journal*, 25 août 1877, p. 250).
- BYRON-BRAMWELL. — *Empyème enkysté de la partie sup. de la cavité pleurale droite*. (*Clin. Stud. Edimbourg*, 1906.)
- CARLET. — Thèse de Paris, 1897.
- CARRIÈRE et VANVERTS. — *De la Pleurésie purulente du sommet* (*Nord médical*, juillet 1907).
- CÉRENWILLE (DE). — *Résection des côtes* (*Revue méd. de la Suisse romande*, 1880).
- COMBY. — *Pneumonie franche du sommet droit suivie de pleurésie enkystée*. (*France médicale*, 2 mai 1885, p. 602).

- DETOT. — *Les Pleurésies partielles* (*Gaz. des Hôp. Paris*, 1904, p. 1321 à 1325).
- DOUILLET. — *Sur un cas d'empyème enkysté, suivi de vomique* (*Dauphiné méd.*, 1892, XVI, p. 141).
- DUPLANT. — *Pneumothorax enkysté* (*Lyon méd.*, 1902, LCI, p. 220).
- GARAMPAZZI. — *Empiema sacro antero-superiore sinistro* (*Gazzetta degli Ospedali*, 1899, p. 805-809).
- GOUGET. — *Bulletin de la Société méd. des Hôpitaux*, 13 mai 1910.
- GUINON. — *Pleurésies chroniques avec épaississement considérable de la plèvre* (*Bull. de la Soc. anat.*, nov. 1877).
- LAËNNEC. — *Traité de l'Auscultation médiate*. Éd. de la Faculté, 1879.
- LAMBOTTE. — *Un cas de pleurésie purulente du sommet* (*Ann. de la Soc. de Méd. d'Anvers*, 1896).
- LANGLOIS. — *Contribution à l'étude des pleurésies partielles et de la pleurésie du sommet*. Thèse de Paris, 1896.
- MAC LACHLAN. — *Month. Homæop. Rev.* 1901.
- NETTER. — Art. : *Pleurésies purulentes* (in *Traité des Maladies de l'Enfance*).
- PASTEAU. — Thèse Paris 1907.
- GRANCHER, COMBY, MARFAN. — Paris, 1898, IV, p. 279.
- RISPAL. — *Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, 15 déc. 1894.
- RIVET. — *De la Voussure sous-claviculaire dans les épanchements pleuraux chez l'enfant*. Thèse de Paris.
- SAINT-PHILIPPE. — *Relation d'un cas de pleurésie enkystée du sommet* (*Gaz. méd. de Bordeaux*, 1877, 4021).
- *Nouveau fait de pleurésie enkystée guérie ayant longtemps simulé la phtisie pulmonaire* (*Journal de Méd. de Bordeaux*, sept. 1876, p. 60).
- SOREL. — *Sur les Adhérences pleurales anciennes* (*Union médicale*, 14 juillet 1883).

THUVREN. — *Étude clinique sur les adhérences pleurales*. Thèse de Paris, 1884.

VANVERTS et DAUCOURT. — *Des Pleurésies purulentes enkystées*
Arch. prov. de Chir., 1904, XIII, p. 129, 232,
271).

VOISIN. — *Bulletin de la Soc. anat.*, 1831.

